

Revitalisation de la capacité d'intervention des services de santé publique de l'Ontario :

Rapport final du Comité d'examen
de la capacité d'intervention



Mai 2006

Le présent document s'inspire du rapport provisoire du Comité d'examen de la capacité d'intervention, intitulé *Revitalisation de la capacité d'intervention des services de santé publique de l'Ontario : Discussion sur les enjeux et les options (novembre 2005)*, que l'on peut trouver en ligne au http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/capacity_review05f/capacity_review05f.pdf

Plusieurs des photographies qui apparaissent sur la page de couverture nous ont été gracieusement fournies par Centers for Disease Control and Prevention.

Mention de source (couverture avant, deuxième à partir de la droite) : James Gathany

Revitalisation de la capacité d'intervention des services de santé publique de l'Ontario :

Rapport final du Comité d'examen
de la capacité d'intervention



Mai 2006

Lettre de présentation

Mai 2006

D^{re} Sheela Basrur

Médecin-hygiéniste en chef et sous-ministre adjointe

Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Édifice Hepburn, 11^e étage

80, rue Grosvenor

Toronto (Ontario) M7A 1R3

Docteur,

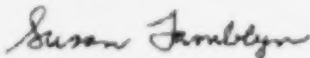
Au nom du Comité d'examen de la capacité d'intervention (CECI), nous avons l'honneur de vous présenter notre rapport final intitulé *Revitalisation de la capacité d'intervention des services de santé publique de l'Ontario*. Ce document présente notre vision et de notre plan directeur concernant la restructuration du système de santé publique.

Les recommandations formulées dans le rapport tournent essentiellement autour de cinq grands axes : les ressources humaines dans le domaine de la santé; les mécanismes de responsabilisation; la gouvernance et la structure; le financement; la recherche ainsi que le transfert des connaissances. Nous proposons également des recommandations concernant les partenariats stratégiques à constituer pour renforcer et améliorer les interactions à une époque de transformation et de reconfiguration du système de soins en Ontario.

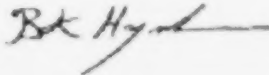
Le CECI félicite le ministre de la Santé et des Soins de longue durée et le gouvernement de l'Ontario de leur engagement à renouveler le système de santé publique. Les membres du comité se sentent très honorés d'avoir eu l'occasion de jouer un rôle dans cette démarche. Nous remercions toutes les personnes qui ont préparé le terrain pour nous, de même que les nombreuses personnes et organismes qui se sont donné la peine de nous fournir leurs conseils et leurs avis. C'est avec compétence et enthousiasme que le personnel dévoué de la Direction de la planification stratégique et de la mise en œuvre ainsi que celui du Bureau du renouvellement du système de santé publique de la Division de la santé publique, a épaulé nos efforts.

L'Ontario a besoin d'un système intégré de santé publique, solide, efficace et redevable de sa mission importante. Le moment est venu de revitaliser et de renouveler la santé publique en Ontario. Nous espérons que vous lirez notre rapport avec intérêt et que vous mettrez en œuvre les recommandations qui y sont présentées..

Veuillez agréer, Docteur, l'assurance de notre considération respectueuse.



D^{re} Susan Tamblyn
Présidente, Comité d'examen



Brian Hyndman
Vice-président, Comité d'examen

c.c. : L'honorable George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée
L'honorable Jim Watson, ministre de la Promotion de la santé

Membres du Comité d'examen de la capacité d'intervention

Remerciements

Les membres du Comité d'examen de la capacité d'intervention aimeraient remercier les nombreuses personnes qui leur ont permis de mener leur travail à bien. En premier lieu, nous voulons remercier les membres des cinq sous-comités dont le travail et les perspectives ont grandement contribué au présent rapport. Consulter l'annexe A pour la liste de leurs noms.

Nous apprécions les nombreux organismes et particuliers qui ont pris le temps de nous aider par le biais de leurs énoncés écrits, de leurs présentations ou de leur participation au groupe de référence et aux tables rondes. Nous voulons également remercier les membres des conseils et du personnel des bureaux de santé publique de l'Ontario qui ont contribué aux enquêtes et aux visites sur le terrain. L'ampleur de leur participation et de leurs réflexions témoigne du profond intérêt des personnes qui travaillent dans la santé publique à l'égard de l'amélioration de notre système.

Nous désirons souligner l'excellent soutien que le CECI a reçu de la part du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, notamment des personnes suivantes :

Evelyn Dean, Rachel Gray, Corinne Hodgson, Phil Jackson, George Pasut, Shonna Petrook, Paulina Salamo, Anne Simard, Camille Sookdeo, Monika Turner.

Susan Tamblin,

Présidente, ancien médecin-hygiéniste de la circonscription sanitaire du district de Perth

Brian Hyndman,

Vice-président, représentant des citoyens auprès du Conseil de santé de Toronto

Diane Bewick,

Directrice, services de santé familiale, circonscription sanitaire de Middlesex-London

Lori Chow,

Directrice, promotion de la santé et prévention des maladies chroniques, circonscription sanitaire du district de Thunder Bay

Terry Hicks,

Dentiste consultante (semi-retraîtée), anciennement de la circonscription sanitaire de Muskoka-Parry Sound

Alex Munter,

Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa

Liana Nolan,

Commissaire et médecin-hygiéniste, circonscription sanitaire de la région de Waterloo

Andrew Papadopoulos,

Directeur, School of Occupational and Public Health, Université Ryerson

Charles Pascal,

Directeur général, Atkinson Charitable Foundation

Erica Di Ruggiero,

Directrice adjointe, Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations

Jane Underwood,

Conseillère et chercheuse, Nursing Health Services Research Unit, Université McMaster

Don West,

Directeur, services administratifs, Bureau de santé Porcupine

Table des matières

Leadership au sein des bureaux de santé

Résumé	1
1. Enjeux élevés, défis croissants : la santé publique en Ontario	11
1.1 Défis	12
1.2 Préparer un avenir plus en santé	14
2. Une nouvelle vision pour la santé publique	15
3. Renforcer la main-d'œuvre oeuvrant dans le domaine de la santé publique	18
3.1 Soutenir l'excellence dans les ressources humaines :	
le rôle provincial	19
3.1.1 Une stratégie provinciale	19
3.1.2 Initiative de promotion	20
3.1.3 Perfectionnement professionnel et développement de leadership	21
3.1.4 Base de données centralisée sur la main-d'œuvre	22
3.2 Stratégies locales en matière de ressources humaines	22
3.3 Rémunération	24
3.3.1 Équité salariale	24
3.3.2 Rémunération des médecins hygiénistes et des médecins hygiénistes adjoints	25
3.4 Préparer la prochaine génération	25
3.4.1 Formation	25
3.4.2 Possibilités d'emploi pour les étudiants	26
4. Le point sur nos progrès : les mécanismes de responsabilisation	28
4.1 Un système de gestion du rendement	28
4.1.1 Amélioration continue de la qualité	29
4.1.2 Caractéristiques d'un système de gestion du rendement	29
4.2 Normes et mesures du rendement	30
4.3 Surveillance et reddition de comptes	31
4.3.1 Surveillance continue	31
4.3.2 Agrément obligatoire	31
4.3.3 Évaluations provinciales sur la conformité	32
4.3.4 Reddition de comptes au public	32
5. Les fondements du succès : gouvernance et financement	34
5.1 Gouvernance par des conseils autonomes	35
5.1.1 Intégration des bureaux de santé	36
5.1.2 Optimisation des conseils de santé	36
5.2 Une base financière solide	38
5.2.1 Partage des coûts	39
5.2.2 Affectation de fonds	39

5.2.3	Un processus budgétaire modifié	40
5.2.4	Budgets des immobilisations	41
5.2.5	Réserves de fonctionnement	41
5.2.6	Rationalisation des demandes de financement	41
5.2.7	Soutiens au développement local des technologies de l'information	42
6.	Se positionner pour réussir : Renforcer les bureaux de santé	43
6.1	Restructuration	44
6.1.1	Fusion de bureaux de santé	44
6.1.2	Soutien aux bureaux de santé du Nord	45
6.2	Gérer le processus de changement	45
6.3	Leadership au sein des bureaux de santé	45
6.3.1	Le rôle du directeur général	45
6.3.2	Le rôle du médecin-hygiéniste	46
6.3.3	Fonctions de soutien	48
6.4	Intervention d'urgence et capacité de faire face à des hausses de demande	48
7.	Mettre les connaissances en pratique :	
	La recherche et l'échange de connaissances en santé publique	50
7.1	Leadership provincial	52
7.1.1	Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé	52
7.1.2	Financement provincial de la recherche	53
7.2	Normes du programme de recherche et d'échange de connaissances	53
7.3	Capacité à l'échelon local	54
8.	Partenariats stratégiques	56
8.1	Soins de santé primaires	56
8.2	Réseaux locaux d'intégration des services de santé	57
8.3	Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé	58
8.4	Universités et collèges	58
8.5	Associations de santé publique	60
8.6	Composante provinciale du système de santé publique	60
9.	Prochaines étapes	62
	Annexe A : Membres des sous comités du CECI	65
	Annexe B : Mandat	66
	Annexe C : Aide-mémoires au CECI	68
	Annexe D : Liste des recherches commanditées	69

Pourquoi une étude de la capacité d'intervention?

Au cours des dix dernières années, le système de santé publique de l'Ontario fait l'objet d'une étude de plus en plus poussée. Plusieurs rapports ont mis au jour d'importantes faiblesses, en plus de recommander l'apport de changements et l'actualisation de l'ensemble système de santé publique.

En juin 2004, le gouvernement de l'Ontario a annoncé le lancement de l'*Opération protection de la santé*, plan d'action triennal visant à revitaliser notre système de santé publique. Un des principaux volets de ce plan était un examen de l'organisation et de la capacité d'intervention des bureaux de santé publique, tâche entreprise par le Comité d'examen de la capacité d'intervention (CECI).

En novembre 2005, le CECI a publié un rapport provisoire intitulé *Revitalisation de la capacité d'intervention des services de santé publique de l'Ontario : Discussion sur les enjeux et les options*. Ce rapport soulignait le mandat, la portée, les méthodes et les objectifs du CECI. (Voir l'annexe B le mandat du CECI.) Le document que vous avez en mains constitue notre rapport final.

Principes directeurs des travaux du CECI

Le CECI n'était chargé ni de mener un examen opérationnel ou une analyse de terrain, ni d'évaluer les bureaux de santé ou le système de santé publique en général. Il cherchait plutôt à réaliser une évaluation complète de la capacité d'intervention actuelle des bureaux de santé afin de relever les défis en matière de santé publique en Ontario. Ce faisant, nous avons cherché les points forts sur lesquels miser, les faiblesses à éliminer ainsi que les possibilités d'innovation et d'amélioration à exploiter. Dans notre rapport provisoire¹, nous avons mentionné que nous nous étions inspiré des principes de participation significative, de diversité, de pratiques exemplaires, d'harmonisation et de coordination, de transparence et de durabilité pour mener notre travail à bien.

Notre rapport provisoire soulignait également que nous avons mené un travail complet de recherche et de consultation qui s'est échelonné sur une période d'un an, faisant appel aux moyens suivants : études documentaires; analyse des anciens modèles et des pratiques de financement antérieures; consultations menées auprès des les principaux

¹ Comité d'examen de la capacité d'intervention. *Revitalisation de la capacité d'intervention des services de santé publique de l'Ontario : Discussion sur les enjeux et les options : rapport provisoire* du Comité d'examen de la capacité d'intervention. Toronto (Ontario) : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005. [en ligne.] Consulté en ligne le 12 janvier 2005 au http://www.health.gov.on.ca/french/public/public/ministry_reports/capacity_review05/capacity_review05f.html

intervenants (présentations et énoncés); enquêtes qualitatives et quantitatives auprès des bureaux de santé, de leur personnel et de celui des conseils de santé; enquêtes et entrevues auprès des principaux sujets interrogés des universités, de l'Association pour la santé publique de l'Ontario et de ses sociétés constituantes, de l'Association of Local Public Health Agencies (ALPHA), des autres associations et groupes intéressés. Un grand nombre d'exposés de position, de notes de synthèse, de rapports, de documents d'information et de lettres émanant d'organismes ontariens ainsi que plusieurs communications provenant de particuliers nous ont été soumis dans le cadre de nos délibérations. (On trouvera à l'annexe C la liste des mémoires reçues par le CECI.) Nous avons également commandité des projets de recherche, accessibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). (Voir l'annexe C pour une liste des documents reçus par le CECI)

Dans le cadre de nos délibérations, nous avons essayé d'aborder les thèmes et inquiétudes les plus fréquemment soulevés. Certains d'entre eux étaient liés à des préoccupations concernant notamment les ressources humaines, comme le manque de possibilités sur le plan du perfectionnement professionnel et du développement de carrière, les difficultés posées par le recrutement ainsi que la fidélisation d'effectifs en nombre suffisant et aux compétences appropriées, la culture de travail, la rémunération et le besoin d'un leadership solide à l'échelle provinciale et locale. D'autres enjeux portaient sur le financement, les mécanismes de responsabilisation et de gouvernance.

L'Ontario pose un certain nombre de défis pour la santé publique, par la simple superficie et diversité de son territoire. En effet, les territoires couverts par certains bureaux de santé, surtout dans le Nord, sont plus vastes que certaines provinces canadiennes ou nations européennes. La population varie en outre énormément d'un endroit à l'autre. L'Ontario est le seul territoire de compétence au Canada où le coût des services de santé publique est réparti entre le gouvernement provincial et les municipalités. La configuration des soins évolue, surtout depuis la création des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).

Pour dépouiller les montagnes de données que nous avons amassées, nous avons décidé de nous concentrer sur les idées axées sur le renforcement de l'infrastructure et de la main-d'œuvre de la santé publique, la consolidation des mécanismes de responsabilisation publics et communautaires, l'amélioration des relations avec les partenaires locaux et provinciaux, de même que sur l'instauration de l'équité à l'échelle provinciale, la reconnaissance de l'importance du

rôle des municipalité et de la diversité des collectivités de l'Ontario. Nous voulions améliorer la base des données probantes en matière de santé publique. Nous visions la détermination des changements permettant au système de la santé publique de mieux répondre aux besoins en matière de santé des Ontariens, en travaillant d'une façon plus intégrée, efficiente et efficace.

Quelle est la vision du CECI pour la santé publique?

Dans notre vision pour la santé publique, le gouvernement provincial offre un leadership solide pour un système souple et qui assure une protection équitable pour la santé de tous les citoyens dans toutes les régions de l'Ontario. Nous envisageons un nouvel esprit de partenariat. La province respectera ses obligations quant au financement et au leadership, tout en limitant les coûts, obligations et responsabilités des municipalités. En même temps, les gouvernements locaux continueront de faire connaître clairement leur position à l'égard de la gestion du système, de façon à ce que les programmes de santé publique n'arrêtent pas de tenir compte des besoins communautaires.

Notre vision rehausserait la collaboration et l'intégration des rapports entre la santé publique et ses partenaires provinciaux et locaux (collectivités, fournisseurs de soins primaires, conseils scolaires, RLISS et gouvernements). La promotion de la santé au sein de la population se fait par le biais d'une variété de programmes et de services dans différents contextes, notamment ceux qui ciblant les déterminants de la santé. Ce système qui inspire la confiance, tant chez les fournisseurs de soins qu'auprès du grand public. Il se caractérise en outre par une capacité d'intervention permettant d'intervenir rapidement et de façon ciblée en cas d'urgence.

Notre vision en matière de santé publique comprend des bureaux de santé dotés d'employés et de bénévoles en nombre suffisant et ayant des compétences appropriées, collaborant sous un leadership solide et efficace. C'est un système qui attire et retient les meilleurs employés, en plus d'offrir une variété de possibilités de formation, de perfectionnement professionnel ainsi que développement de carrière et de leadership.

Dans notre vision, la santé publique possède des mécanismes de responsabilisation solides et efficaces, tant au palier provincial que local de même qu'un système intégré de gestion du rendement, l'agrément obligatoire et l'obligation de rendre des comptes au public. Cette démarche systématique à l'égard des mécanismes de responsabilisation soutient une

culture d'amélioration continue de la qualité. Elle permet également aux bureaux de santé et aux conseils de santé de décrire clairement et exactement ce qui est fait et comment ils améliorent la santé des Ontariens. Ce nouveau système est, en grande partie, composé de nouveaux modes de financement qui renforcent la stabilité et autorisent la planification à long terme, ainsi qu'un meilleur système de gouvernance.

La recherche et l'échange de connaissances constituent une autre facette de la culture d'amélioration continue de la qualité que nous envisageons pour la santé publique. Le système de santé publique doit capitaliser sur ses acquis en matière d'infrastructure et de relations de recherche. Il doit également tisser de nouveaux liens avec des organismes tels que l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé ainsi que des organisations de portée nationale, voire internationale. En amplifiant la recherche et l'échange de connaissances, on assure que la santé publique est fondée sur des données probantes et que tous les Ontariens bénéficient des percées dans ce domaine.

Comment le CECI propose-t-il de concrétiser cette vision?

Les recommandations du CECI sont formulées de façon à revitaliser l'ensemble du système de santé publique. Elles visent à assurer que tous les programmes et services de santé publique soient :

- fondés sur des données probantes;
- régis de façon efficace;
- redevables à la province et au public;
- constamment améliorés;
- équitables à l'échelle provinciale, tout en restant sensibles aux besoins locaux;
- mis en œuvre en partenariat avec les collectivités et les autres parties prenantes au sein du système de soins et au-delà;
- offerts par un nombre suffisant et une combinaison appropriée de professionnels et de membres du personnel oeuvrant dans le domaine de la santé publique;.

Le présent rapport constitue en fait un schéma décrivant les étapes qui permettront de faire avancer la santé publique vers

l'accomplissement de la vision du CECI. Cette transformation est aussi substantielle qu'essentielle. Les défis entravant le bien-être des Ontariens sont nombreux, allant des maladies nouvelles et émergentes ainsi qu'aux pandémies maladies chroniques, sans oublier le développement en santé des enfants et des jeunes. Pour que la santé publique puisse relever ces défis tout en veillant à la protection et à la promotion de la santé des Ontariens, il faut lui apporter des changements fondamentaux et significatifs. Il n'y a pas de temps à perdre. Le moment est venu de revitaliser et de renouveler la santé publique en Ontario.

Nos recommandations

Revitaliser la main-d'œuvre dans le domaine de la santé publique

Tous les bureaux de santé en Ontario devraient être dotés d'une main-d'œuvre complète, en nombre suffisant et représentant un éventail approprié de compétences. Le leadership doit être solide et efficace à tous les échelons. Nous sommes d'avis qu'il est nécessaire de faire appel à une démarche en deux temps vis-à-vis des ressources humaines dans le domaine de la santé publique. En premier lieu, on a besoin d'une stratégie provinciale exhaustive qui relève les enjeux importants liés aux ressources humaines en matière de leadership dans la santé publique, qui présente des possibilités de perfectionnement professionnel et de développement de carrière, qui traite des questions de rémunération, des pénuries graves et des planification des ressources humaines. En deuxième lieu, chaque bureau de santé doit élaborer sa propre stratégie de ressources humaines. Prises ensemble, ces stratégies amélioreront la formation, le recrutement et le maintien en poste des travailleurs de la santé publique. Elles permettront une meilleure reconnaissance de la contribution de la santé publique et, grâce aux possibilités accrues pour le perfectionnement professionnel et le développement de carrière, d'assurer une amélioration constante de la qualité.

1. La Division de la santé publique devrait collaborer avec la stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée afin d'élaborer une *stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé publique*, fondée sur des pratiques exemplaires, permettant d'assurer que la main-d'œuvre du domaine de la santé publique comporte des effectifs suffisants et bien équipés, et ciblant aussi bien les problèmes systémiques que

ceux de la vie professionnelle. La stratégie devrait comprendre les éléments suivants :

- une initiative de promotion;
 - des initiatives de perfectionnement professionnel et de développement du leadership;
 - une base de données centrale sur la main-d'œuvre;
 - un soutien pour les initiatives locales en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé, y compris le recrutement, le maintien en poste et le perfectionnement professionnel;
 - l'adoption ou l'adaptation des compétences de base pancanadiennes pour la main-d'œuvre en santé publique.
2. La province devrait élaborer et mettre en œuvre une initiative de promotion complète favorisant le recrutement dans le domaine de la santé publique et accentuant la visibilité des carrières en santé publique.
3. La province devrait collaborer avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé en vue de promouvoir le perfectionnement professionnel et la formation de leadership dans le domaine de la santé publique.
4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mettre en application la directive 2000 au sujet de la nomination d'un cadre responsable des soins infirmiers dans chaque bureau de santé.
5. La province devrait diriger l'élaboration et la mise à jour d'une base de données provinciale sur la main-d'œuvre en santé publique, afin de promouvoir la planification des ressources humaines.
6. Chaque bureau de santé devrait établir une stratégie locale en matière de ressources humaines qui servirait de complément à la stratégie provinciale afin de proposer des initiatives pour le recrutement, le maintien en poste, le perfectionnement professionnel et le développement de leadership.
7. La province, en collaboration avec les organismes professionnels appropriés, devrait diriger un processus visant à élaborer une stratégie salariale juste, équitable et plus concurrentielle en :
- évaluant l'écart régional à l'égard des niveaux de rémunération;

- élaborant des plans de collaboration pour surmonter les inégalités;
- publiant, annuellement, les échelles salariales existantes.

8. La province, en collaboration avec les organismes professionnels appropriés, devrait élaborer un régime de rémunération juste, équitable et plus concurrentiel à l'intention des médecins hygiénistes et des médecins hygiénistes adjoints.
9. La province, en collaboration avec les milieux universitaires et les associations professionnelles, devrait redoubler d'efforts en vue de stimuler les inscriptions aux programmes de santé publique qui :
- répondent aux besoins uniques des régions rurales et du Nord;
 - élargissent la portée des méthodes de formation innovatrices (p. ex. : un plus grand nombre d'options de formation à temps partiel ou à distance);
 - améliorent les possibilités de financement pour la formation des travailleurs dans le domaine de la santé publique.
10. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait immédiatement adopter des mesures pour remédier aux pénuries graves de médecins et de dentistes dans le domaine de la santé publique en favorisant, chaque année, soutenant tous les ans la création des nouveaux postes suivants :
- cinq postes directs et de réintégration pour la formation en médecine communautaire;
 - cinq postes pour les diplômés étrangers en médecine;
 - deux postes de formation en dentisterie spécialisée.
11. Tous les conseils de santé devraient promouvoir les placements professionnels rémunérés des étudiants, les stages d'internat, les emplois pour les étudiants et les possibilités de travail d'été dans toutes les disciplines relevant de la santé publique, à tous les paliers de formation.

Mise en application des mécanismes de responsabilisation et évaluation du rendement

Nous voulons que le système de santé publique soit capable de démontrer clairement sa valeur : ce qu'il fait et comment il fait une différence dans la santé des Ontariens. Pour rehausser la transparence et les mécanismes de responsabilisation, nous proposons l'instauration d'un système complet de gestion du rendement dans la santé publique. Ce système établira des normes claires soulignant les attentes en matière de santé publique. Deux types de normes devraient être établies : programmatiques et organisationnelles. Des mesures devraient être établies pour chaque norme de façon à permettre d'évaluer si elle est satisfaite ou non. La supervision, la reddition de comptes et le suivi devraient être menés de façon continue et épisodique. L'agrément obligatoire et la reddition annuelle des comptes au public font partie des autres mécanismes que nous proposons dans le cadre de cette démarche renouvelée et revitalisée aux mécanismes de responsabilisation.

12. Le système de la santé publique devrait adopter un nouveau système complet de gestion du rendement qui relie les normes et mesures de rendement à un système de surveillance et de reddition de comptes.
13. Chaque bureau de santé devrait compter parmi son personnel au moins un spécialiste en matière de qualité et de rendement qui serait chargé de mettre sur pied des activités locales de gestion du rendement, de coordonner l'agrément, d'administrer la reddition de comptes à la province et au public et de fonder une culture d'amélioration continue.
14. Des normes de rendement devraient être mises en œuvre en vue :
 - de remplacer le programme de santé ainsi que les lignes directrices obligatoires déjà en place par des normes de programme;
 - de traiter de la capacité d'intervention organisationnelle des conseils locaux de santé.
15. Des systèmes et logiciels communs devraient être mis en place pour saisir l'information et produire des rapports pouvant servir aux différents paliers du système de santé publique.
16. Il faudrait modifier la loi pour rendre obligatoire l'agrément de tous les bureaux de santé publique

et la reddition de comptes publique au sujet de leur statut d'agrément.

17. La province devrait élaborer un processus d'évaluation complet et transparent à enclencher en réaction à des indicateurs déclencheurs spécifiques, notamment par rapport à la surveillance du rendement et aux enquêtes sur les plaintes.
18. Les bureaux de santé publique devraient être tenus de produire des rapports annuels à l'intention de leurs bailleurs de fonds et de la population, comprenant des indicateurs du statut de la santé et du rendement, et ce, dans le but d'assurer la transparence et la reddition de comptes.

Assurer une gouvernance de qualité au sein d'un système provincial

À l'heure actuelle, les structures de gouvernance varient considérablement à l'échelle de la province. Nous envisageons une structure de gouvernance uniforme à l'échelle provinciale, soit une structure composée de conseils de santé autonomes fondés sur les compétences. Ce nouveau système sera doté de mécanismes et des structures de responsabilisation clairs et transparents.

Pour tenir compte de la hausse dans le financement provincial, le modèle que nous proposons réduit la représentation municipale à 50 % du conseil. Toutefois, la représentation communautaire augmente à 50 % et nous proposons que la province délègue l'autorité d'effectuer ces nominations communautaires aux conseils. Ce changement assurera que les nominations locales sont faites de façon rapide et reflètent les connaissances et besoins locaux. Nous recommandons également que la province prenne le leadership en assurant la qualité de la gouvernance des conseils de santé locaux en développant des lignes directrices et des outils provinciaux pour guider la nomination, le recrutement, l'orientation, et l'autoévaluation.

19. Les bureaux de santé publique devraient être dirigés par des conseils de santé locaux et autonomes. Ces conseils devraient centrer leur action principalement sur la prestation de programmes et de services de santé publique.
20. Lorsque des bureaux locaux de santé sont déjà intégrés à la structure municipale, les conseils de santé et les municipalités devraient convenir conjointement du degré de leur intégration future.

21. Les conseils de santé devraient compter de huit à 14 membres, dont la moitié sont des personnes nommées par les municipalités et l'autre moitié, des représentants de citoyens locaux nommés par les conseils grâce à l'autorité qui leur aura été déléguée par la province.

Financement stable et prévisible

Le système de financement actuel ne semble satisfaire aucun des intervenants et des bailleurs de fonds. Nous présentons des recommandations qui, prises dans le contexte des changements de gouvernance proposés, entraîneront un financement plus stable et prévisible. Nous réaffirmons la décision de continuer le transfert planifié vers le haut de la portion provinciale des programmes partagés à 75 %, bien qu'il ne soit pas exclu de passer à un financement provincial intégré à l'avenir si les municipalités et la province en conviennent. Nous reconnaissons également que de nouveaux mécanismes sont nécessaires pour assurer que le financement du système de santé publique soit plus équitable dans la province. Enfin, nous jetons les bases d'un nouveau mécanisme d'établissement du budget, qui saura aider la province, les municipalités et les bureaux de santé à devenir plus stables et à mieux planifier.

22. La province devrait financer globalement les bureaux de santé publique et approuver leurs budgets. Les programmes dont les coûts sont actuellement partagés devraient être financés à raison de 75 % par la province et de 25 % par les municipalités, conformément avec la dernière phase du projet de transfert des coûts à la province, prévue dans le plan *Opération protection de la santé*. La province devrait garantir qu'elle continuera de financer intégralement les programmes qu'elle finance actuellement à 100 %.
23. Le Ministère devrait établir un processus de collaboration avec les municipalités, les conseils de santé, les professionnels en santé publique et les partenaires universitaires, en vue de continuer de perfectionner le mécanisme d'allocation budgétaire pour qu'il permette un financement plus équitable du système de santé publique au fil du temps.
24. Le Ministère devrait créer un processus budgétaire permet l'approbation de budgets annuels qui s'inscrivent dans des budgets continus triennaux, pour s'assurer que les conseils de santé et les municipalités puissent mener leurs activités dans un environnement financier prévisible.

25. Les prévisions budgétaires devraient comporter des prévisions décennales continues des coûts des immobilisations. La province devrait fixer des règles et des critères clairs d'accès au fonds d'immobilisations par la voie spéciale de financement en santé publique de l'enveloppe provinciale pour les immobilisations.
26. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait permettre aux bureaux de santé de se constituer des réserves de fonctionnement à frais partagés d'un montant pouvant atteindre jusqu'à 3 % de leur budget annuel de fonctionnement, pour faire face à des coûts de fonctionnement imprévus et à des hausses de demandes.
27. Toute demande de financement provincial de programmes de santé publique devrait être acheminée vers un guichet unique d'un seul et même ministère, afin de simplifier le processus d'établissement de rapports budgétaires et d'assurer la coordination du processus d'écisionnel.
28. La province devrait accorder la priorité au financement partagé de projets locaux de développement de systèmes de technologies de l'information, qui ont de vastes applications à l'échelle du système de santé publique.

Établir des bureaux de santé plus solides

Les bureaux de santé varient beaucoup selon le nombre et le type de leurs effectifs de la population desservie et l'étendue de leur territoire géographique. Nous recommandons des changements pour aider à consolider les ressources des plus petits bureaux de santé et à assurer qu'ils ont la capacité d'intervention critique nécessaire pour plus d'efficacité et une meilleure intervention aux urgences et aux périodes d'intensification. Certaines de nos recommandations concernent la réponse aux urgences (par ex. : les systèmes sur appel et les ententes d'aide mutuelle entre bureaux de santé avoisinants).

Dans certaines régions, nous recommandons le regroupement de certains bureaux de santé. Nos recommandations sont formulées pour optimiser les partenariats locaux actuels et futurs (par ex. les relations avec les conseils scolaires et les RLISS). Nous proposons également que la province travaille avec les bureaux de santé du Nord pour entreprendre des démarches visant à répondre à leurs besoins critiques en capacité d'intervention.

Au cours de la prochaine décennie, le système de santé publique aura besoin d'un solide leadership transformationnel. Pendant nos travaux sur les rôles de médecin-hygiéniste et de président-directeur général (PDG), nous avons passé en revue les avantages et les inconvénients des différents modèles de leadership. Même s'il nous a été impossible d'atteindre un consensus au moment de déterminer si des personnes autres que des médecins hygiénistes devraient devenir présidents-directeurs généraux de bureaux de santé locaux, nous reconnaissons que ce modèle est une réalité dans certaines régions de la province. Nous offrons des suggestions pour assurer l'autonomie du médecin-hygiéniste dans le cadre de certaines fonctions clés, tout en éclaircissant les responsabilités administratives du PDG. Nous offrons également des recommandations pour soutenir le rôle du médecin-hygiéniste.

29. Pour constituer des masses critiques d'effectifs et renforcer le système de santé publique, il faudrait fusionner les bureaux de santé suivants :
 - les bureaux de santé de Chatham-Kent, du comté de Lambton et de Windsor et du comté d'Essex;
 - les bureaux de santé de Grey Bruce, du comté de Huron et du district de Perth;
 - les bureaux de santé d'Elgin St. Thomas, de Middlesex-London et du comté d'Oxford;
 - les bureaux de santé du comté de Brant et d'Haldimand-Norfolk;
 - les bureaux de santé du district d'Haliburton, Kawartha et Pine Ridge, et de Peterborough;
 - les bureaux de santé Porcupine et Timiskaming;
 - le bureau de santé des comtés de Hastings et Prince Édouard; le bureau de santé de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington; et les composantes Leeds et Grenville du bureau de santé de Leeds, Grenville et Lanark;
 - le bureau de santé du comté et du district de Renfrew et la composante Lanark du bureau de santé de Leeds, Grenville et Lanark.

30. La province devrait collaborer avec les bureaux de santé du Nord pour examiner et, au besoin, accroître les subventions accordées aux territoires non organisés, de même que pour mettre en œuvre toute stratégie supplémentaire qui aiderait ces bureaux à obtenir une masse critique d'effectifs.

31. La province devrait financer intégralement les coûts ponctuels approuvés liés au fusionnement des bureaux de santé.
32. Le médecin-hygiéniste devrait relever directement du conseil de santé, comme le précise la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.
33. Chaque bureau de santé devrait avoir un médecin-hygiéniste à temps plein et un ou plusieurs médecins hygiénistes adjoints.
34. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait collaborer avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la politique n° 13-00 « Requirements When Changing Scope of Practice » (« exigences à respecter pour changer son champ d'activités ») aux nominations de médecins hygiénistes intérimaires.
35. Chaque bureau de santé devrait disposer :
 - d'un soutien administratif adéquat pour ses fonctions de gestion;
 - d'un soutien convenable des programmes offert notamment par des épidémiologistes, des analystes des données, des spécialistes en communications, des coordonnateurs des bénévoles et des agents de recherche, sans oublier l'accès à des ressources bibliothécaires et à des possibilités de perfectionnement professionnel.
36. Hors des heures de bureau et pendant la fin de semaine, chaque bureau de santé devrait avoir un système de garde doté de personnel professionnel de première ligne et d'effectifs d'appoint appropriés.
37. À partir d'un modèle proposé par le Ministère, chaque bureau de santé devrait signer des ententes d'entraide avec des bureaux avoisinants afin de répondre aux urgences prévues.

Recherche et échange de connaissances

La recherche et l'échange de connaissances sont essentiels pour que la pratique de la santé publique en Ontario soit fondée sur des données probantes et en cours d'amélioration continue. Les recommandations suivantes sont conçues pour assurer qu'en travaillant en collaboration avec des partenaires

clés comme l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, on établit un programme provincial de recherche et d'échange de connaissances en santé publique. La recherche et l'échange de connaissances doivent être établis comme fonctions clés des bureaux de santé, puis les activités et les services de gestion des connaissances devraient être accessibles équitablement à l'échelle provinciale. Dans le cadre de l'infrastructure de la recherche et de l'échange de connaissances, nous recommandons que le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) soit entièrement financé par la province. Les recommandations que nous proposons permettront aux bureaux de santé de développer, d'améliorer et de renforcer leurs capacités et ressources d'intervention internes pour la recherche et l'échange de connaissances.

38. L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé devrait jouer un rôle de premier plan en appuyant l'élaboration d'un programme provincial de recherche et d'échange des connaissances en santé publique, ayant des orientations stratégiques, Des priorités et un calendrier de mise en œuvre.
39. Le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) devrait être entièrement financé par la province pour renforcer l'amélioration des connaissances en santé publique ainsi que leur mise en pratique.
40. L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé devrait faire office de pilier pour la constitution d'un réseau provincial de recherche et d'échange de connaissances.
41. Un financement exclusif, stable et suffisant pour la recherche en santé publique devrait être mis de côté par les bailleurs de fonds existants du gouvernement ou être constitué grâce à la création d'un fonds exclusif de recherche en santé publique.
42. La province devrait élargir la portée et l'enveloppe du financement du Fonds de perfectionnement des chercheurs de recherche dans le domaine de la santé et des services de santé de façon à inclure la recherche stratégique en santé publique.
43. La province et l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé devraient s'organiser pour garantir un accès équitable localement aux activités et aux services de gestion des connaissances, incluant l'accès à la cyberbibliothèque de la santé publique.

44. Les bureaux de santé locaux devraient développer, améliorer et renforcer la capacité et les ressources d'intervention internes en matière de recherche et d'échange de connaissances en vue de soutenir la pratique et la prise de décision éclairées par des données probantes.

Partenariats stratégiques

Une des grandes forces de la santé publique est son habileté à créer des partenariats avec d'autres secteurs, à l'échelle locale ou provinciale. Dans cette section, nous faisons des recommandations pour renforcer et améliorer les relations entre les bureaux de santé et les fournisseurs de soins primaires, les RLIS, les universités et collèges, les organismes professionnels et la Division de la santé publique.

45. Les chefs de file en santé publique et en soins primaires aux échelles provinciale et locale devraient collaborer en vue d'instaurer des mécanismes permettant la planification conjointe, l'établissement de priorités et de partenariats, de même que le financement et la mise en œuvre de projets innovateurs.
46. Le médecin-hygiéniste en chef ou son désigné devrait se réunir régulièrement avec les présidents-directeurs généraux des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLIS) pour cerner les possibilités de partenariats avec les services de santé publique.
47. Chaque médecin-hygiéniste ou son représentant désigné devrait se réunir régulièrement avec les présidents-directeurs généraux des RLIS dont relèvent les bureaux de santé pour déterminer des mécanismes de collaboration dans la planification et la prestation des services.
48. Les services de santé publique aux échelles provinciale et locale devraient faire partie des nouveaux partenariats de gestion des données des RLIS.
49. Les bureaux de santé devraient chercher à conclure des ententes de partenariat académique avec les universités, les collèges et autres établissements connexes pour :
 - formaliser les placements scolaires des étudiants;
 - appuyer la recherche appliquée en santé publique et l'évaluation des programmes;
 - appuyer le perfectionnement du corps enseignant et l'élaboration de programmes;

- encourager les affectations conjointes;
- promouvoir le perfectionnement professionnel continu des travailleurs de la santé publique.

50. La province devrait entreprendre les actions suivantes pour renforcer la capacité d'intervention en vue d'appuyer le travail sur le terrain et de maximiser la qualité de la planification à l'échelle provinciale ainsi que celle de la prestation des services de santé publique :

- en collaboration avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, obtenir des services de consultation spécialisés dans des domaines particuliers comme la toxicologie ou la microbiologie médicale;
- rehausser les compétences et connaissances au palier provincial pour épauler les travailleurs de terrain dans la prestation des programmes obligatoires;
- établir une unité de soutien exclusive chargée de travailler en collaboration avec les travailleurs du domaine, l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et d'autres partenaires pertinents afin d'offrir une capacité d'analyse et des mécanismes visant à améliorer la portée, la qualité et la disponibilité des données utilisées pour soutenir la planification et les projections budgétaires;
- établir la capacité de soutenir la reconfiguration des bureaux de santé à l'échelle provinciale;
- veiller à affecter des spécialistes en qualité et en rendement à la Division de la santé publique pour mener le développement du système de gestion du rendement de la santé publique et contribuer au succès des activités d'évaluation et de vérification de l'observation;
- nommer des leaders professionnels dans les domaines de l'inspection, de la nutrition, de la dentisterie et des soins infirmiers en santé publique.

Quelles sont les prochaines étapes?

Le présent rapport et ses recommandations sont remis au médecin-hygiéniste en chef et au ministère de la Santé et des

Soins de longue durée. Nous reconnaissons qu'un engagement, des efforts et un leadership s'imposeront pour les mettre en pratique. Le changement n'est jamais facile, mais le temps de changer est clairement arrivé.

Nous n'avons pas inclus de plan triennal détaillé pour la mise en œuvre de ces recommandations. Bon nombre de recommandations sont interdépendantes et ne peuvent être envisagées seules. Certaines solutions sont évidentes et ont reçu un large soutien pendant nos consultations, alors que d'autres sont moins claires. Dans certains cas, une action immédiate est encouragée pour profiter d'activités déjà en cours ou en voie de développement, comme la création de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, la mise en œuvre des RLIS, et la réforme des soins primaires.

Même si nous croyons qu'il est préférable de laisser l'élaboration du plan de mise en œuvre à la province, nous aimerions signaler certaines priorités d'action claires parce qu'elles requièrent une attention et une mise en œuvre immédiates, soit :

- Le développement d'une stratégie provinciale de ressources humaines dans le domaine de la santé publique, en commençant par l'initiative de promotion, la base de données centralisée sur la main-d'œuvre et les efforts pour augmenter les inscriptions aux programmes de santé publique, y compris l'appui accordant plus de postes de formation aux médecins et aux dentistes en santé publique. Il faudrait faire respecter l'obligation de nommer une infirmière cadre supérieure dans chaque bureau de santé. *Étant donné qu'il faudra du temps, dans certains cas des années, pour former de nouveaux employés, il est important de mettre en œuvre ces actions le plus tôt possible.*
- L'adoption d'un système complet de gestion du rendement pour la santé publique, en commençant par les éléments suivants : l'élaboration de normes de rendement (avec les normes du conseil comme grande priorité); engagement envers l'agrément obligatoire pour tous les bureaux de santé; et désignation d'un spécialiste de la qualité et du rendement à chaque bureau de santé. *L'absence de mécanismes de responsabilisation a été signalée comme l'une des principales lacunes du système actuel. L'engagement immédiat à améliorer les mécanismes de responsabilisation à l'échelle provinciale et locale envoie un message clair.*

- L'adoption d'un modèle provincial uniforme de conseils de santé autonomes qui se concentre principalement sur la santé publique. Ces conseils seraient composés à parts égales de représentants municipaux et de représentants de citoyens locaux, nommés de façon locale et seraient encadrés par des directives et des outils provinciaux. *Le renforcement de la gouvernance de la santé publique est la pierre angulaire de toute autre réforme.*
- Le renforcement des mécanismes de responsabilisation financière à l'échelle provinciale, avec des budgets approuvés par la province, des prévisions triennales renouvelables, des prévisions décennales des dépenses en immobilisations, un mécanisme pour avoir accès au financement des immobilisations, et une rapidité accrue dans l'approbation des budgets. *Cela répond à la demande d'amélioration des mécanismes provinciaux de responsabilisation, tout en rationalisant le processus budgétaire des conseils locaux.*
- Le regroupement de certains bureaux de santé, soutenu par un financement intégral des coûts de transition approuvés, et l'examen des subventions accordées aux territoires non organisés, sans oublier d'autres stratégies pour améliorer la capacité critique d'intervention des bureaux de santé du Nord. *Ces mesures vont rehausser la capacité d'intervention critique des bureaux de santé plus petits.*
- L'établissement d'un système d'appel en dehors des heures régulières d'ouverture dans chaque bureau de santé, grâce aux efforts des professionnels de première ligne, à la conclusion d'ententes d'entraide avec les bureaux de santé avoisinants. *Ces mesures sont essentielles pour assurer une bonne intervention en cas d'urgence.*
- La mise sur pied d'un programme provincial de recherche et d'échange de connaissances pour l'Ontario, le financement intégral du programme REDSP et son harmonisation avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. *La création imminente de la nouvelle Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé offre des chances particulières d'élaborer un réseau plus complet et coordonné de recherche et d'échange de connaissances en Ontario.*
- La collaboration avec les initiatives de soins primaires et avec les Réseaux locaux d'intégration des services

de santé. *La mise en œuvre de ces nouvelles initiatives dans le cadre du programme de remaniement du Ministère offre une chance unique de la collaboration en santé publique dont tous les intervenants pourront tirer partie.*

- Le renforcement de la capacité d'intervention du gouvernement pour soutenir le travail de terrain et pour diriger des projets de mise en œuvre.

Enjeux élevés, défis croissants : la santé publique en Ontario

Le mandat du système de la santé publique consiste à améliorer la santé de la population par le biais de la promotion de la santé, la prévention des maladies et blessures et la protection de la santé. Une bonne partie de l'amélioration de l'espérance de vie des Ontariens au cours du dernier siècle est due aux mesures de santé publique, comme l'approvisionnement en eau potable saine, l'évacuation sécuritaire des eaux usées, des logements de meilleure qualité et la vaccination systématique. De nos jours, il existe un vaste éventail de défis à relever pour la santé publique, comme les maladies infectieuses ou chroniques, les blessures, le développement des jeunes enfants, la santé des familles et des collectivités, et la santé environnementale.

Le réseau ontarien de 36 bureaux de santé publique locaux est aux premières lignes de la prévention des maladies, de la promotion de la santé et de la protection de la santé. La santé publique joue un rôle essentiel dans la promotion de la santé des Ontariens en luttant contre les risques sous-jacents de maladie et de blessure. La santé publique a également un rôle clé à jouer dans le travail avec d'autres secteurs pour affronter les déterminants de la santé sur les plans social, culturel, économique et environnemental grâce à des interventions efficaces auprès de la collectivité et à des politiques publiques saines.

Le travail mené par les bureaux de santé publique de l'Ontario comprend :

- supervision et réaction aux éclosions de maladies et infections transmissibles;
- programmes et cliniques de vaccination;
- contrôle de la qualité des aliments, de l'air et de l'eau;
- consultation et services en santé sexuelle et génésique, y compris les maladies transmises sexuellement et le VIH-SIDA;
- promotion de la santé et du bien-être des enfants, des jeunes et de leur famille;
- programmes de prévention des blessures;
- initiatives pour améliorer l'accès à des aliments sains et abordables;
- initiatives intersectorielles pour soutenir la création d'environnements sains et pour promouvoir des collectivités saines et sécuritaires;

- prestation de services de prévention et de promotion pour les groupes défavorisés, comme les nouveaux immigrants et les familles économiquement vulnérables;
- promotion et protection de la santé orale de ceux pour lesquels les services dentaires ne sont pas abordables ou pas accessibles;
- réponse aux urgences touchant l'environnement ou la santé;
- réduire le risque de maladies chroniques, comme le cancer, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux;
- initiatives anti-tabagisme;
- programmes globaux de promotion de la santé sur les lieux de travail;
- recherche en santé publique et application des résultats de celle-ci dans l'amélioration des pratiques de santé publique.

Une force importante de la santé publique est sa nature multidisciplinaire et sa main-d'œuvre. La grande variété de services et de programmes offerts par la santé publique et la nature multidisciplinaire de sa main-d'œuvre reflètent son vaste mandat d'aborder les différents déterminants de santé : biologiques, sociaux, culturels et environnementaux. Les connaissances locales et les partenariats communautaires qui caractérisent la santé publique lui permettent non seulement de répondre aux besoins locaux mais aussi de soutenir le développement communautaire pour améliorer la capacité d'intervention dans la santé.

La plupart du temps, le travail de la santé publique se passe sans que le grand public se rende compte de ce qui se fait ou des réalisations accomplies. Une éruption de maladie qui est rapidement et discrètement contenue et contrôlée, ou des cas d'empoisonnement alimentaire qui sont empêchés par des inspections régulières des aliments ne sont pas ébruités dans les médias. En outre, on ne parle pas beaucoup des activités quotidiennes de la santé publique, comme la formation au rôle des parents et le soutien aux familles, l'éducation des jeunes sur les pratiques sexuelles responsables ou le soutien au développement de politiques complètes sur la santé dans les écoles.

1.1 Défis

L'Ontario a besoin d'un système de la santé publique qui est prêt et capable de relever les défis du XXI^e siècle. Il doit être fort et flexible, et intégré dans le contexte provincial et dans celui, plus large, du palier national et international. Une mosaïque de programmes et de services et de bureaux de santé de différentes tailles, capacités d'intervention et aptitudes ne donne pas aux Ontariens le genre de soins et de protection qu'ils méritent.

Le modèle pour la santé publique en Ontario n'a pas beaucoup changé depuis 100 ans. Au long de la décennie écoulée, une série d'événements et de crises ont illustré de façon graphique non seulement les faiblesses du système actuel, mais à quel point ces faiblesses pouvaient devenir dangereuses.

Vers la fin de 2002, l'honorable juge O'Connor, qui présidait l'enquête de Walkerton, a reconnu l'importance pour la société d'un système fonctionnel et bien doté de santé publique. En particulier, son rapport a mentionné les postes vacants de façon chronique de médecins hygiénistes comme un problème devant être résolu de façon rapide. Ses inquiétudes ont été renforcées par la propagation du virus du Nil occidental en 2003 et par la flambée de Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Les quatre rapports subséquentement publiés sur le SRAS ont mis l'accent sur le rôle critique de la santé publique dans la prévention de la propagation de la maladie et la protection de la santé du public. Les rapports ont collectivement questionné comment le système actuel est financé, géré et régi. Ils ont soulevé des inquiétudes sur la masse critique de certains bureaux de santé. Ils ont souligné que même si le système de la santé publique en Ontario a ses points forts, le statu quo n'est plus acceptable.

En parlant aux bureaux de santé, conseils de santé et autres parties intéressées, des thèmes et des inquiétudes communes ont émergé, notamment :

- **Culture du lieu de travail.** Bien que les gens qui nous ont parlé étaient à juste titre fiers de leur travail, il en existe certains qui estiment que leur contribution n'est pas jugée à sa juste valeur. Les enjeux comprennent le besoin de reconnaissance, le profil, le sentiment d'être valorisé, la conciliation travail-famille, le réseautage parmi les disciplines et la contribution à la prise de décision.
- **Les difficultés pour recruter et retenir non seulement suffisamment de personnel, mais le bon mélange de compétences et de professions.** Pour certaines professions, comme la médecine, la dentisterie en santé publique, l'épidémiologie et les

soins infirmiers (surtout les infirmières et infirmiers praticiens), les taux de postes à pourvoir peuvent être élevés. De nombreux bureaux de santé sont sans la pleine gamme de compétences en santé publique, y compris l'expertise de plus en plus vaste en recherche et échange de connaissances nécessaire pour relever les défis de la santé publique à notre époque complexe.

- **Capacité de réaction.** Dans un nombre petit mais significatif de bureaux de santé, les effectifs peuvent être insuffisants pour répondre aux besoins des urgences. L'aide mutuelle est un des avantages d'un système provincial de la santé publique. Toutefois, il existe un danger qu'avec le temps, les bureaux de santé plus faibles puissent épuiser les ressources de leurs voisins. Le système de la santé publique en général ne peut être qu'aussi fort que son maillon le plus faible.
- **Inquiétudes concernant la qualité du leadership dans la santé publique.** Si la santé publique veut relever les défis d'aujourd'hui et de demain, un leadership solide et efficace est nécessaire à tous les niveaux.
- **Un manque de possibilités de perfectionnement professionnel et de développement de carrière.** Sans de telles possibilités, comment la santé publique peut-elle retenir ses meilleurs travailleurs ou se préparer pour les défis de l'avenir?
- **Insuffisance des mécanismes de responsabilisation.** Un pourcentage important de ceux à qui nous avons parlé estiment qu'il n'existe pas de normes claires pour évaluer le rendement des bureaux de santé et des conseils de santé. Des mécanismes de responsabilisation renforcés et uniformes sont nécessaires pour non seulement les programmes et services offerts par les bureaux de santé, mais également pour leur gouvernance.
- **Rémunération.** Il existe une forte perception que les salaires dans la santé publique ne sont pas concurrentiels par rapport à ceux d'autres secteurs des soins. En outre, il existe des divergences dans les échelles salariales des différentes disciplines et des différents bureaux de santé.
- **Le manque de financement prévisible à long terme.** Les mécanismes de financement actuels rendent difficile pour les bureaux de santé ou pour la province

d'établir des budgets ou des plans à long terme de façon adéquate.

Bien que la menace de maladie infectieuse ait pu avoir motivé l'appel au changement, d'autres enjeux ont intensifié le besoin de renforcer la capacité d'intervention en santé publique. La santé publique se concentre sur les causes fondamentales des maladies et des incapacités, et elle exige des ressources pour des programmes et politiques intégrés et complets qui concernent des collectivités et populations tout entières. En même temps, les bureaux de santé ressentent également la pression de répondre aux besoins croissants des populations à risques élevés, comme les jeunes à risque, les personnes âgées, les immigrants, et les enfants et familles sans abri ou à faible revenu. Les démarches fondées sur la population et sur le risque sont nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé des Ontariens.

Par sa taille et sa diversité, l'Ontario pose un certain nombre de défis pour la santé publique. Le vaste territoire couvert par certains bureaux de santé, surtout dans le Nord de l'Ontario, est plus grand que certaines provinces canadiennes ou certains pays européens. Ces bureaux de santé luttent pour desservir leurs populations éloignées équitablement. Le nombre d'habitants varie également de beaucoup, allant de 34 000 habitants à Timiskaming à plus de 2,6 millions à Toronto, créant des défis pour les ressources aux deux extrémités.

Le système de la santé publique de l'Ontario est différent des systèmes d'autres régions du Canada, car les bureaux de santé ne font pas partie des organismes régionaux de planification de la santé. Bien que entraide soit monnaie courante parmi les bureaux de santé, il n'existe aucun processus pour assurer la coordination régionale. Mais comme nous l'avons vu, les menaces pour la santé respectent rarement les limites géographiques ou régionales. Nous avons besoin de mécanismes pour assurer une plus grande intégration et une réaction coordonnée aux urgences dans les régions et dans le Canada et au-delà. De même, la création de Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) a fondamentalement changé le paysage des soins de santé en Ontario. Il est important que les bureaux de santé optimisent leurs relations avec les RLISS.

L'Ontario est le seul territoire de compétence au Canada où le coût des services de santé publique est partagé entre les paliers de gouvernement provincial et municipal. La présence et la contribution locales sont cruciales pour assurer que la santé publique reflète les besoins locaux et y répond. Dans le passé, quand la contribution du financement municipal était de 50 à 100 %, cet arrangement assurait la participation

municipale. En même temps, cet arrangement plaçait un grand fardeau financier sur les municipalités.

1.2 Préparer un avenir plus en santé

Au cours des deux dernières années, le gouvernement de l'Ontario a fait plusieurs investissements importants dans la santé publique. L'un d'eux a été le lancement de l'*Opération protection de la santé*, un plan triennal pour reconstruire la santé publique. D'autres grandes étapes comprennent la création d'un nouveau ministère de Promotion de la santé et d'une nouvelle Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. En outre, la dévolution de l'autorité pour la planification de la santé aux RLIS prépare la scène pour un nouveau type de système de planification de la santé et de prestation des services, lequel est fondé sur la collectivité et plus adapté aux besoins locaux.

En juin 2004, le gouvernement de l'Ontario a lancé l'*Opération protection de la santé*, un plan triennal pour reconstruire la santé publique². Bien que l'élan pour l'*Opération protection de la santé* soit fondé sur les inquiétudes concernant l'aptitude de la province à contrôler les maladies infectieuses, le plan a renforcé le rôle de la santé publique dans la prévention des maladies et des blessures et la promotion de la santé. Une série d'activités connexes a été entreprise, parmi lesquelles un examen de l'organisation et de la capacité d'intervention des bureaux locaux de santé publique. Cet examen (le Comité d'examen de la capacité d'intervention) a également été chargé de faire des recommandations pour le changement et le renouvellement. Le statu quo ne serait plus acceptable.

Notre comité, le Comité d'examen de la capacité d'intervention (CECI), a été établi dans le cadre de l'*Opération protection de la santé*. Son mandat était d'évaluer la capacité d'intervention du système de la santé publique de l'Ontario et de faire des recommandations pour le changement. Notre rapport provisoire, *Revitalisation de la capacité d'intervention des services de la santé publique de l'Ontario : Discussion sur les enjeux et les options*, a été publié en novembre 2005 et a résumé les antécédents du Comité, son contexte, sa portée, ses méthodes et ses objectifs.

Le CECI n'était pas un examen opérationnel ou une évaluation du terrain, et il n'était pas censé d'évaluer des bureaux de santé individuels ou le système de la santé publique en

général. À la place, son objectif était de mener une évaluation globale de la capacité d'intervention actuelle des bureaux de santé locaux pour relever les défis actuels et futurs de la santé publique en Ontario. Ce faisant, nous avons cherché les points forts sur lesquels nous pourrions nous appuyer, les faiblesses exigeant que l'on y remédie et les chances d'innovation et d'amélioration.

Comme l'énonçait le rapport provisoire, nous avons mené un processus complet de recherche et de consultation qui a duré un an. Les éléments comprenaient des études documentaires; l'analyse des modèles et pratiques historiques de financement; des consultations avec les principales parties concernées (présentations et mémoires); des enquêtes qualitatives et quantitatives auprès de bureaux de santé, du personnel de bureaux de santé et des membres des conseils de santé; et de la recherche et des entrevues auprès des universitaires, de l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) et de ses sociétés constituantes, l'Association of Local Public Health Agencies (alPHA), et autres associations et groupes intéressés. Dans le cadre de nos travaux, nous avons reçu de nombreux exposés de position, notes de synthèse, rapports, documents d'information ou lettres organismes ontariens, en plus de plusieurs communications personnelles (individuelles) (voir l'annexe 2). Des projets de recherche ont été commandités et sont accessibles sur le site du CECI, disponible en anglais uniquement (http://www.health.gov.on.ca/english/providers/project/ohp/crc_mn.html).

Dans l'analyse de la masse de données accumulées, nous nous sommes concentrés sur les idées qui renforceront l'infrastructure et la main-d'œuvre de la santé publique, amélioreront les mécanismes de responsabilisation publics et communautaires, rehausseront les relations avec les partenaires locaux et provinciaux, assureront l'équité à l'échelle de la province, reconnaîtront le rôle important des municipalités et la nature diverse des collectivités ontariennes et élargiront la base de données probantes de la santé publique. Notre but était de cerner les changements qui pourraient permettre au système de la santé publique de travailler d'une façon plus intégrée, efficiente et efficace.

² Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Opération protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario*. Toronto (Ontario) : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [en ligne]. Consulté en ligne le 12 novembre 12, 2005 au http://www.health.gov.on.ca/french/public/publ/ministry_reports/consumer_04f/oper_healthprotection04f.pdf

Une nouvelle vision pour la santé publique

Notre vision pour 2010 :

Le système de la santé publique de l'Ontario est parvenu à de nouveaux niveaux de professionnalisme, de préparation et d'efficacité. Nous avons maintenant un système continu et intégré qui offre des programmes et services de prévention des maladies et de promotion de la santé efficaces et fondés sur des données probantes. Par une combinaison de forte participation provinciale et municipale, il existe des niveaux de service équitables à l'échelle de l'Ontario et une meilleure sensibilité aux besoins et contextes locaux. La santé publique ne fait pas seulement un meilleur travail de promouvoir et de protéger la santé des Ontariens : elle possède désormais des mécanismes lui permettant d'évaluer avec précision ce qu'il fait et d'en démontrer la valeur.

Le but du Comité d'examen de la capacité d'intervention est de fournir une orientation pour la création d'un système de la santé publique optimal pour le XXI^e siècle en Ontario, un système capable de répondre non seulement aux besoins actuels en matière de santé des Ontariens mais aussi de répondre aux exigences nouvelles et émergentes. Un système revitalisé de la santé publique contribuera à un avenir plus sain pour tous les Ontariens.

Comme il a été décrit dans le rapport provisoire, notre travail était guidé par les principes de la participation significative, de la diversité, des pratiques exemplaires, de l'harmonisation et de la coordination, de la transparence et de la durabilité.

- **Participation significative** – les intéressés (bureaux de santé, municipalités, associations connexes et autres) ont eu la chance de participer à l'examen, sous forme de mémoires, de présentations et d'autres communications.
- **Diversité** – le processus d'examen reconnaît la diversité et la nature unique des bureaux de santé de l'Ontario et des collectivités qu'ils desservent.
- **Pratiques exemplaires** – l'examen était éclairé par les experts, l'information sur les pratiques exemplaires, ainsi que les initiatives et études locales, provinciales, fédérales et internationales sur la santé publique.
- **Harmonisation et coordination** – nous avons cherché des chances de nous appuyer sur des partenaires provinciaux et locaux, comme les municipalités, les conseils scolaires, les associations professionnelles, la nouvelle Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et les RLSS, et de collaborer avec eux.
- **Transparence** – nous avons consulté un grand nombre et un vaste éventail de parties prenantes et avons publiquement communiqué nos progrès de façon opportune.
- **Durabilité** – nous nous sommes concentrés sur des stratégies et solutions durables et à long terme pour la santé publique.

Par le biais de nos exercices de recherche et consultation approfondies, qui ont duré un an, nous avons formé une vision pour le système de la santé

publique de l'Ontario. Nous avons dirigé notre attention sur ce qu'il pourrait être et ce qu'il pourrait accomplir. Les forces fondamentales qui forment cette vision sont :

- **Le besoin de revitaliser la main-d'œuvre du domaine de la santé publique**

Tous les bureaux de santé en Ontario devraient être dotés d'effectifs complets en termes de nombre d'employés et de combinaisons de compétences. Nous avons besoin d'une stratégie de ressources humaines qui permet au système de santé publique d'attirer et de retenir un nombre suffisant parmi les meilleurs employés dans tous les secteurs. Pour atteindre ce but, nous envisageons une série d'efforts connexes qui visent le recrutement, le maintien en poste et le perfectionnement professionnel constant de la main-d'œuvre du domaine de la santé publique. Cette stratégie est conçue pour résoudre les pénuries graves et pour relever les défis de l'avenir.

Nous émettons également des recommandations touchant la qualité du milieu de travail et visent à optimiser le leadership à tous échelons du système. Nous relevons le défi de préparer la prochaine génération de travailleurs de la santé publique en offrant des stratégies pratiques et significatives qui font, de la santé publique, une carrière de choix.

- **Le besoin de démontrer des mécanismes de responsabilisation et d'évaluer le rendement**

Nous voulons que le système de santé publique soit capable de démontrer clairement sa valeur, c'est-à-dire comment il fait une différence dans la santé des Ontariens. Nous proposons le cadre d'un système complet de gestion du rendement qui nous permet de démontrer la responsabilité à l'égard de la gouvernance, de la gestion, des finances et de la programmation. Parmi nos recommandations, mentionnons l'établissement de normes de programmes et d'organismes, des mesures pour évaluer l'atteinte de ces normes, et des mécanismes clairs et transparents de reddition de comptes à la population. Ces mécanismes permettront d'assurer une amélioration continue de la qualité dans tous les aspects de la planification et de la prestation des services et du fonctionnement organisationnel.

- **Le besoin d'assurer une gouvernance de qualité dans le cadre d'un système provincial**

Nous envisageons un système doté d'une structure de gouvernance uniforme à l'échelle provinciale. De concert

avec cette nouvelle structure, nous envisageons de nouvelles normes de gouvernance qui établissent clairement les attentes à l'égard des conseils de santé. Ces structures seront complétées par des directives et des outils provinciaux pour soutenir les conseils et les aider à évaluer s'ils répondent aux normes de gouvernance. Nous estimons que la gouvernance de la santé publique devrait refléter les relations solides et importantes traditionnellement entretenues par les bureaux de santé avec les municipalités. Bien que la province joue désormais un rôle plus direct dans le financement et la surveillance des services de santé publique, nous pensons que des personnes nommées par les municipalités devraient représenter la moitié des membres des conseils de santé. L'autre moitié sera constituée de représentants de la communauté, nommés par les conseils de santé conformément à l'autorité qui lui aura été déléguée par la province. Nous estimons que les conseils de santé devraient être fondés sur les compétences afin d'avoir la diversité des habiletés nécessaire pour en faire de bons intendants de la santé publique et pour répondre aux besoins locaux en matière de santé.

- **Le besoin d'assurer la stabilité et la prévisibilité du financement**

Le système de financement actuel ne semble satisfaire ni les parties prenantes, ni les bailleurs de fonds. Nous offrons des recommandations qui, pris dans le contexte des changements proposés aux mécanismes de gouvernance, produiront un système ayant un financement stable et prévisible à tous les niveaux. Le système révisé permettra d'atteindre plus d'équité dans la distribution des services de santé publique en Ontario, tout en préservant une forte participation municipale. Nous avons examiné si un financement provincial entier était nécessaire pour assurer une capacité d'intervention permettant de satisfaire au mandat de la santé publique et avons trouvé qu'il n'existait pas de consensus clair parmi les parties prenantes. En effet, on a exprimé l'inquiétude que les changements ne devraient pas être apportés pouvant donner l'impression de diminuer la contribution locale à la santé publique. Par conséquent, nous soutenons à nouveau qu'il faut transférer à la province 75 % des coûts de la santé publique. Notre recommandation n'interdit toutefois pas de passer à un financement provincial entier à l'avenir si les municipalités et la province en conviennent. Nous avons également des recommandations visant à rationaliser le processus budgétaire et à le rendre plus opportun et utile pour les bureaux de santé, les municipalités et la province.

- **Le besoin de renforcer la capacité d'intervention critique des bureaux de santé**

Chaque bureau de santé devrait être doté un nombre suffisant d'effectifs compétents. La structure ontarienne de prestation des services de santé publique devrait être transformée pour assurer que chaque bureau de santé a la capacité d'intervention critique nécessaire pour répondre au mandat quotidien de prestation des services, en plus des urgences et des menaces nouvelles et émergentes. Nous proposons la fusion de certains bureaux de santé pour atteindre une capacité d'intervention critique, mais d'une façon qui reconnaît que la prestation des services de santé publique compte sur une harmonisation locale efficace et sur des partenariats communautaires. Nous proposons également des changements pour améliorer la capacité d'intervention dans les bureaux de santé du Nord. Tous les bureaux de santé doivent avoir un mélange adéquat de compétences fondamentales, de soutien administratif et de mécanismes pour renforcer leur capacité à répondre aux urgences.

- **Le besoin d'assurer une recherche pertinente à la pratique et l'échange de connaissances dans un contexte en évolution rapide**

L'efficacité de la prestation des services de santé publique est directement liée à l'aptitude des fournisseurs de services de première ligne à acquérir et à appliquer des connaissances dans un contexte en évolution rapide. Nous offrons une vision pour une capacité d'intervention renforcée en recherche qui répond aux enjeux importants confrontant la santé publique. Nous proposons un réseau plus efficace d'échange de connaissances dans le contexte de la création de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. Nous voulons également établir des relations plus efficaces avec les universités et collèges. Ces changements permettront de faire concorder la recherche universitaire avec les enjeux de santé publique et de mieux préparer les étudiants en vue de carrières dans la santé publique.

- **Le besoin d'établir des relations stratégiques**

La santé publique joue un important rôle dans le système de soins de santé. Nous proposons des façons de développer et d'optimiser les relations stratégiques avec d'autres parties du système de soins dans le contexte d'un environnement en évolution rapide. Il doit y avoir une collaboration avec des initiatives concurrentes comme la création de la nouvelle Agence ontarienne de protection

et de promotion de la santé, la création du ministère de la Promotion de la santé, la restructuration du MSSLD, la mise en œuvre des RLSS et la poursuite de la réforme des soins primaires. Alors que la majorité de nos recommandations sont axées sur les bureaux de santé locaux, nous reconnaissons le rôle de la Division de la santé publique dans la réforme du système. Nous offrons des orientations sur la fonction et la capacité d'intervention que la Division de la santé publique exige pour soutenir efficacement la santé publique dans la province. Nous discutons également de l'importance de maintenir les relations stratégiques avec les organisations professionnelles comme l'Association pour la santé publique de l'Ontario et alPha, ainsi qu'avec les universités et collèges.

Dans les prochains chapitres, nous décrivons les étapes que nous pensons nécessaires pour concrétiser cette vision. À notre avis, ces changements sont non seulement possibles et faisables, mais impératifs pour la santé des Ontariens. Nous ne devons ni hésiter, ni attendre la prochaine crise dans le domaine de la santé pour agir. Il est essentiel de commencer immédiatement à apporter les changements nécessaires pour revitaliser et renouveler notre système de la santé publique.

Renforcer la main-d'œuvre oeuvrant dans le domaine de la santé publique

Notre vision pour 2010 :

La santé publique est devenue un cheminement de carrière préféré dans de nombreuses disciplines et professions. Les placements d'étudiants et les nouvelles possibilités de formation ont permis à la santé publique d'attirer les meilleurs candidats. Un leadership solide et efficace, des salaires concurrentiels et une variété de chances de perfectionnement professionnel permettent de recruter et de retenir un personnel hautement qualifié. Le roulement du personnel est nettement ralenti, la productivité a augmenté et les bureaux de santé ont le mélange de compétences nécessaires à une prestation efficace des programmes et services.

L'une des forces les plus importantes de notre système de la santé publique est sa main-d'œuvre dévouée. Le bureau de santé type compte parmi ses effectifs un mélange de nombreuses disciplines, compétences et professions, ainsi que des gestionnaires et administrateurs. Les bureaux de santé bénéficient également de la participation de bénévoles qui renforcent les liens de la santé publique avec la communauté et qui prolongent sa capacité d'intervention face aux problèmes. Tous ceux qui travaillent dans la santé publique sont, à juste titre, fiers de leur contribution à leurs communautés. Toutefois, nombre d'entre eux sont inquiets au sujet du milieu de travail dans lequel ils sont employés et des conséquences des lacunes actuelles.

À présent, il existe des pénuries graves dans certaines disciplines de la santé publique, et des postes à pourvoir dans d'autres. Le plus grand nombre total de postes à pourvoir se trouvent dans les deux principaux domaines de la main-d'œuvre : les soins infirmiers et les inspections en santé publique. Pour certains postes comme ceux de médecins hygiénistes, de médecins hygiénistes adjoints, les dentistes de la santé publique et infirmiers praticiens, les taux de postes à pourvoir peuvent être encore plus élevés. Le nombre de postes vacants a un effet sur la capacité des bureaux de santé à assurer la prestation des programmes et services, à répondre aux urgences ou aux périodes de besoin accru et à aider les autres bureaux de santé.

Nous avons examiné plusieurs enjeux liés aux ressources humaines qui ont une influence sur la santé publique, comme le leadership, le perfectionnement professionnel et l'équité salariale. Dans certains cas, nos constatations étaient inquiétantes. Une bonne partie du personnel interrogé ou consulté se sent sous-estimé. On nous a parlé de préoccupations relatives au milieu de travail, au leadership dans les bureaux de santé et aux capacités de gestion de la haute direction. Les employés ont signalé le manque de possibilités de perfectionnement professionnel ou de rencontres avec les communautés de pratique spécifiques à leur discipline.

Pour améliorer les services de la santé publique, les effectifs doivent sentir qu'ils ont le soutien et les ressources dont ils ont besoin. Nous devons nous appuyer sur les forces actuelles des ressources humaines pour créer un milieu de travail ayant la capacité d'intervention nécessaire pour relever les défis actuels et futurs. Nous voulons assurer que le travail des effectifs de la santé publique est correctement reconnu et valorisé, autant dans le système de la santé publique que dans la société en général.

3.1 Soutenir l'excellence dans les ressources humaines : le rôle provincial

Les gens qui travaillent dans la santé publique sont essentiels pour son succès. Notre recherche a clairement démontré qu'une stratégie globale des ressources humaines est nécessaire pour renforcer la main-d'œuvre du domaine de la santé publique. Un leadership provincial est indispensable pour assurer l'équité et améliorer la coordination et la capacité d'intervention à l'échelon provincial et local.

3.1.1 Une stratégie provinciale

La province a développé une stratégie de ressources humaines dans le domaine de la santé, mais il lui manque le volet de la santé publique. Un plan provincial de ressources humaines dans le domaine de la santé publique est nécessaire pour de nombreuses raisons :

- les enjeux liés aux ressources humaines de la santé publique sont très graves;
- on a la chance de capitaliser sur la stratégie existante en matière de ressources humaines du MSSLD pour éviter le dédoublement et assurer une coordination efficace;
- une action provinciale unifiée présente des économies d'échelle;
- un plan provincial aidera à garantir une meilleure uniformité à travers la province (c.-à-d. que les initiatives locales seront conformes à la stratégie provinciale générale).

Il doit exister un leadership à l'échelle provinciale pour le développement d'un plan pratique et dynamique pouvant être mis en œuvre et évalué dans le système de la santé publique. Par conséquent, nous proposons ceci :

RECOMMANDATION N° 1 : La Division de la santé publique devrait collaborer avec la stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée afin d'élaborer une stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé publique, fondée sur des pratiques exemplaires, permettant d'assurer que la main-d'œuvre du domaine de la santé publique comporte des effectifs suffisants et bien équipés, et ciblant aussi bien les problèmes systémiques que ceux de la vie professionnelle. La stratégie devrait comprendre l'ensemble des éléments suivants :

- une initiative de promotion;
- des initiatives de perfectionnement professionnel et de développement du leadership;
- une base de données centrale sur la main-d'œuvre;
- un soutien pour les initiatives locales en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé, y compris le recrutement, le maintien en poste et le perfectionnement professionnel;
- l'adoption ou l'adaptation des compétences de base pancanadiennes pour la main-d'œuvre en santé publique.

Cette stratégie devrait être fondée sur une philosophie factuelle des ressources humaines et comprendre le développement des principes et politiques en matière de ressources humaines dans la santé publique concernant la formation, le recrutement, le maintien en poste et le leadership. La stratégie devrait adopter ou adapter les compétences de base pancanadiennes pour les professionnels de la santé publique et prendre avantage des activités liées aux compétences fondamentales qui sont en cours au Canada².

Il faudrait créer une *équipe d'action sur les ressources humaines en santé publique* (EARHSP) tenue de rendre des comptes à la Division de la santé publique et dotée d'un mandat de trois ans pour mettre en œuvre la stratégie provinciale. Le rôle de l'équipe serait de faire la promotion du

²Emerson, BP. Rédaction de l'ébauche d'un ensemble de compétences de base pour la main-d'œuvre en santé publique. Rapport provisoire. Ébauche pour fin de discussion. Groupe de travail conjoint fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé publique. Comité consultatif des ressources humaines en santé et Comité consultatif sur la santé de la population; 2005. [en ligne] Consulté en ligne le 30 janvier 2006 au: http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/pdf/the_development_of_a_draft_set_of_public_health_workforce_core_competencies_f.pdf

recrutement dans la santé publique et de prendre la responsabilité à l'égard des aspects qui ne sont pas actuellement couverts dans la stratégie provinciale des ressources humaines dans le domaine de la santé (par ex. perfectionnement professionnel, maintien en poste et perfectionnement de la direction). L'équipe serait dotée de personnel pour mener l'initiative et de ressources pour élaborer le plan et le mettre en œuvre. Elle serait pluridisciplinaire et comprendrait des membres de toutes les régions, en plus d'établir des connexions efficaces avec le ministère de la Promotion de la santé, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et la Division de la stratégie de la santé du MSSLD.

Les bureaux de santé locaux devraient participer à l'élaboration de la stratégie provinciale et devraient être tenus de satisfaire à ses exigences en matière de planification et de reddition de comptes. En outre, chaque bureau de santé serait tenu d'élaborer des stratégies officielles concernant le recrutement, le maintien en poste et le perfectionnement professionnel et le développement de leadership conformément à la stratégie provinciale (voir la section 3.2).

Les mécanismes de responsabilisation devraient faire partie intégrante de la stratégie. Conformément à la section 4.2, il faut également une norme organisationnelle touchant les conseils de santé locaux qui comprend le recrutement, le maintien en fonction, et le leadership. Cette norme reconnaîtrait que les programmes et services de la santé publique ne peuvent être mis en œuvre qu'en présence d'effectifs suffisants ayant les compétences requises. La norme des ressources humaines devrait également refléter le rôle de chaque bureau de santé dans la contribution à la base de données sur la main-d'œuvre du domaine de la santé publique et l'utilisation des données pour élaborer des stratégies de ressources humaines à l'échelle locale (voir la section 3.1.4).

3.1.2 Initiative de promotion

À l'heure actuelle, la population comprend mal ce qu'est la santé publique, ce que font les effectifs de la santé publique et quels genres de carrières existent dans ce domaine. Même parmi les professionnels de la santé, la santé publique est peu visible ou prioritaire. En outre, il existe une perception que la santé publique est non concurrentielle aux autres secteurs des soins en termes d'attentes salariales et de possibilités de perfectionnement professionnel. Même ceux qui sont intéressés par les carrières dans la santé publique ont du mal à obtenir des informations précises et détaillées. Il n'existe aucune source complète où les personnes intéressées à la santé publique peuvent s'informer sur les carrières, les postes vacants ou les chances de formation.

Pour attirer les étudiants et faire concurrence aux autres secteurs de soins pour les professionnels qualifiés, la visibilité de la santé publique doit être accrue. Une telle démarche a déjà été faite dans le passé. En effet, une démarche de marketing complète a réussi à attirer des candidats pour des postes de médecins hygiénistes. Une initiative de santé publique plus vaste pourrait communiquer l'idée que la santé publique offre des options de carrière intéressante dans une variété de disciplines. Par conséquent, nous proposons d'intégrer dans la stratégie de ressources humaines dans le domaine de la santé publique :

RECOMMANDATION N° 2 : La province devrait développer et mettre en œuvre une initiative de promotion globale qui favorise le recrutement dans le domaine de la santé publique et accroît la visibilité des carrières en santé publique.

La promotion de la santé publique comme choix de carrière préférentiel devrait avoir lieu à l'échelle provinciale, dans le cadre de la stratégie intégrée des ressources humaines dans le domaine de la santé publique. Une initiative de promotion coordonnée et complète optimiserait l'efficacité. La province devrait également offrir orientation et soutien aux bureaux de santé pour les campagnes locales.

Les objectifs de l'initiative de promotion de la santé publique seront :

- attirer et retenir les meilleurs candidats dans les groupes ciblés (par ex. élèves du secondaire, étudiants du post-secondaire dans des disciplines médicales, professionnels en pratique) dans la santé publique;
- établir l'image de marque de la santé publique comme une « carrière de premier choix »;
- renforcer et soutenir l'image et la réputation de la santé publique comme intervenant critique du système;
- assurer que l'information sur les carrières dans la santé publique, les chances de formation et les personnes ressources est facile à trouver;
- développer et maintenir une source d'information unique, surtout sur le Web, où les personnes intéressées à la santé publique peuvent trouver de l'information sur les carrières et les chances de formation, les programmes d'encouragements financiers et d'autres coordonnées. Ce guichet unique

devrait être facile à reconnaître comme la source définitive de ce genre d'information.

Les parties prenantes dans la province qui devraient participer au développement et à la mise en œuvre de cette stratégie de promotion devraient inclure le corps enseignant au palier secondaire et post-secondaire et les organisations professionnelles dans la santé publique, comme l'alpha et l'ASPO. Des groupes clés à viser pour le recrutement dans la santé publique comprennent les élèves du secondaire, les étudiants post-secondaires dans les professions de santé, et les professionnels en pratique qui sont intéressés à un changement d'orientation.

3.1.3 Perfectionnement professionnel et développement de leadership

Des occasions formelles et informelles de développer des compétences en leadership et en gestion sont importantes dans la santé publique. Les obstacles actuels au développement de leadership comprennent le manque de temps et de possibilités, de ressources appropriées et de valeur perçue. Bien que la formation au niveau de la direction soit courante dans de nombreux secteurs de notre économie, y compris le secteur de la santé, il existe beaucoup moins de ressources spécifiques à la santé publique.

Compte tenu de l'urgent besoin de ressources adaptées à la santé publique, un leadership provincial est nécessaire pour mener leur développement. Aussi, nous proposons, dans le cadre de la stratégie provinciale de ressources humaines en santé publique :

RECOMMANDATION N° 3 : La province devrait travailler avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé pour améliorer le perfectionnement professionnel et la formation de leadership dans le domaine de la santé publique.

Cette initiative améliorerait la croissance et le développement des effectifs dans la santé publique, leurs compétences fondamentales et leurs aptitudes de leaders. Plusieurs démarches pourraient servir à offrir ce genre de formation, y compris la création de réseaux provinciaux, régionaux ou locaux, de conférences et de réunions, de mentorat, de téléconférences ou de vidéoconférences, et de ressources électroniques (par ex. formation en ligne et diffusions sur le Web). Des possibilités régulières et constantes pour les réseaux professionnels devraient être disponibles en fonction des programmes et des disciplines. De nombreux réseaux de programmes multidisciplinaires sont déjà disponibles à

l'échelle régionale ou provinciale (par ex. santé cardiaque ou sexuelle, lutte contre les infections) et devraient être encouragés à continuer. Toutefois, comme il existe actuellement un petit nombre de chances pour les communautés de pratique de se réunir, chaque discipline devrait avoir au moins une possibilité par année. La Division de la santé publique devrait mener cette initiative, en collaboration avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

La province devrait assurer que ces activités sont disponibles et accessibles à l'échelle de la province par ceux qui travaillent dans la santé publique. La province doit également s'assurer qu'à l'échelle provinciale et tant que locale, on reconnaît que le temps consacré au perfectionnement professionnel, à la constitution d'équipes et au développement de compétences en leadership constitue un important investissement. Le temps consacré à ces activités contribue au développement de carrière de la personne et bénéficie directement la santé publique.

Leadership de pratique professionnelle

L'une des grandes forces de la santé publique est la nature multidisciplinaire des services. La majorité des bureaux de santé publique sont maintenant organisés selon des lignes programmatiques permettant d'harmoniser la responsabilité et les mécanismes de reddition de comptes en fonction des programmes, et des effectifs multidisciplinaires contribuent à la prestation des services.

Au cours de nos consultations, on nous a parlé des moyens novateurs et importants grâce auxquels les bureaux de santé publique s'assurent que les enjeux professionnels ne sont pas ignorés ou minimisés dans une organisation fondée sur les programmes. La nomination de leaders de pratiques professionnelles dans les soins infirmiers a fait l'objet d'une directive précédente du MSSLD aux fournisseurs de soins. Certains bureaux de santé publique sont allés plus loin pour assurer que les enjeux professionnels et réglementaires concernant le personnel sont reflétés à la prise de décisions, grâce à la désignation de responsabilités en matière de leadership de pratique professionnelle.

Toutefois, notre enquête a établi que tous les conseils de santé n'ont pas respecté la directive du MSSLD de nommer un responsable des soins infirmiers de niveau cadre. Il existe un corpus de documents qui démontrent qu'un cadre responsable des soins infirmiers, comme un chef des soins infirmiers, et autres fonctions de soutien (par ex. les conseils de pratique en soins infirmiers) ont un impact important sur le

recrutement, le maintien en poste, le milieu de travail, la satisfaction professionnelle et les résultats du point de vue des clients. Au sein du système de santé publique, largement plus de la moitié des fournisseurs de soins directs sont des infirmiers ou infirmières. Ainsi, nous proposons :

RECOMMANDATION N° 4 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mettre en application la directive de 2000 au sujet de la nomination d'un cadre responsable des soins infirmiers dans chaque bureau de santé.

En outre, nous encourageons les bureaux de santé à envisager si un rôle et une fonction similaires sont nécessaires pour les autres groupes professionnels, surtout ceux couverts par la *Loi sur les professions de la santé réglementées*.

3.1.4 Base de données centralisée sur la main-d'œuvre

À l'heure actuelle, il n'existe aucun moyen centralisé ou standardisé de cerner les pénuries, les taux de roulement ou les tendances en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé publique. Aussi, il est difficile pour la province ou les bureaux de santé d'analyser les capacités en ressources humaines, de déterminer où la capacité d'intervention peut être disponible ou de planifier. Pour combler ce déficit, nous proposons que dans le cadre de la stratégie provinciale des ressources humaines dans le domaine de la santé publique :

RECOMMANDATION N° 5 : La province devrait mener le développement et la mise à jour d'une base de données provinciale sur la main-d'œuvre en santé publique, afin de soutenir la planification des ressources humaines.

Cette base de données sera un élément clé du développement et de la surveillance de la stratégie provinciale des ressources humaines. Elle contiendra des données sur les effectifs de chaque bureau de santé et aidera à relever les tendances et lacunes en matière de ressources humaines (par ex. taux de roulement, postes vacants, départs imminents à la retraite, congés autorisés). La base de données soutiendra la planification proactive des ressources humaines.

La création de cette nouvelle base de données sera difficile, mais les avantages en valent la peine. Pour que la base de données soit fiable, précise et robuste, elle doit faire l'objet d'une terminologie standardisée et de définitions claires des disciplines, fonctions, compétences et postes (par ex. « inspecteur de santé publique » par rapport à « agent de santé environnementale »). Les données, y compris les

données financières comme les salaires, devraient être recueillies à intervalles réguliers.

3.2 Stratégies locales en matière de ressources humaines

Le personnel des bureaux de santé publique constitue une ressource précieuse et nous devons nous assurer que les conditions de travail le favorisent et tiennent compte de son importance. Les travailleurs de la santé publique veulent être respectés et valorisés pour leur expertise et leur contribution. Ils veulent avoir la chance de contribuer aux décisions qui influent sur la santé de la population, d'établir des réseaux avec leurs pairs pour apprendre d'eux, de perfectionner leurs compétences et d'avancer leur carrière. Si l'on veut recruter et garder les effectifs nécessaires pour relever les défis actuels et futurs, il faut développer des stratégies pour assurer un milieu de travail positif, progressiste et productif.

L'éducation permanente et le perfectionnement professionnel continu, fondés sur les compétences de base, sont essentiels à la croissance stratégique. Les membres du personnel ont identifié le besoin d'avoir de plus solides communautés de pratique spécifiques aux disciplines et plus de chances de rencontrer des pairs pour discuter d'enjeux particuliers à leur profession. Il a été prouvé que l'établissement et la préservation de liens solides entre les communautés de pratique permettent d'améliorer la qualité de la pratique et les résultats.

Des relations de travail saines et un travail d'équipe respectueux et collaboratif sont reliés à des taux favorables de maintien des ressources humaines et à des résultats de qualité dans le lieu de travail. Pour ce, on a besoin du soutien de leaders solides et efficaces. Les gens ont désigné la capacité d'intervention du leadership et de la direction comme de grands enjeux en termes de satisfaction de travail et de productivité. Une combinaison de perfectionnement professionnel, d'expérience et de mécanismes de responsabilisation permettrait d'améliorer ces compétences.

Les bureaux de santé locaux devraient participer à l'élaboration de la stratégie provinciale de ressources humaines, en plus de leurs propres stratégies officielles de recrutement, de maintien en fonction, de perfectionnement professionnel et de développement du leadership.

RECOMMANDATION N° 6 : Chaque bureau de santé devrait établir une stratégie locale en matière de ressources humaines qui serait complémentaire à la stratégie provinciale, afin de proposer des initiatives pour le

recrutement, le maintien en poste, le perfectionnement professionnel et le développement de leadership.

Le développement et la mise en œuvre d'une stratégie complète de ressources humaines exigent un personnel exclusif au sein de chaque bureau de santé. Un coordonnateur de l'éducation devrait être nommé pour l'organisation qui assure la coordination des efforts de recrutement et de maintien en poste, le perfectionnement professionnel, l'éducation à l'interne et les placements d'étudiants.

Dans notre système revitalisé de la santé publique, les stratégies locales des ressources humaines seront évaluées conformément au cadre provincial de gestion du rendement dans le système de santé publique (voir le chapitre 4). À l'aide d'outils standardisés de gestion du rendement, les bureaux de santé rendront compte tous les ans au ministère sur leurs progrès à l'égard de la satisfaction des normes de ressources humaines. Un contrôle continu et une évaluation constante permettront d'identifier et de partager les pratiques exemplaires et stratégies avec la province et d'autres bureaux de santé. En outre, en cas de problèmes, il est possible de faire un suivi.

Stratégies de recrutement

Tous les bureaux de santé devraient avoir une stratégie de recrutement conforme à la stratégie provinciale des ressources humaines dans le domaine de la santé publique. Les stratégies devraient être menées à bien par des effectifs exclusivement affectés à cette fin dans chaque unité, les bureaux de santé et les conseils de santé étant responsables pour leur développement et de leur mise en œuvre. La stratégie de recrutement devrait comprendre la participation aux programmes de formation et de placement des étudiants décrits à la section 3.4 et être conforme à la stratégie provinciale des ressources humaines dans le domaine de la santé publique.

D'autres initiatives qui soutiendront les bureaux de santé dans le recrutement d'effectifs comprennent le changement du milieu de travail, l'amélioration de l'image de marque de la santé publique, la création de nouvelles possibilités pour le perfectionnement professionnel, la bonification de la gestion de la santé publique et la hausse des salaires.

Stratégies de maintien en poste

Les stratégies de maintien en poste devraient comprendre des principes organisationnels mettant l'accent sur le respect et la valorisation des compétences du personnel, la

reconnaissance des contributions, les chances de développement de carrière et de réseautage, des politiques et programmes de perfectionnement professionnel, un personnel exclusivement affecté aux tâches de planification, de recrutement, de gestion et de perfectionnement professionnel des ressources humaines et l'évaluation continue des pratiques exemplaires et des stratégies.

Il existe de nombreux éléments qui pourraient aider les bureaux de santé à développer et à mettre en œuvre de bonnes stratégies de maintien en poste, parmi lesquelles les horaires souples, les primes de maintien en poste destinées aux professionnels difficiles à recruter ou pour les emplacements ruraux ou du Nord, et les mécanismes favorables à la souplesse dans le travail et à l'apprentissage continu (par ex. des affectations multiples avec des universités ou collèges, des organisations communautaires ou des équipes de santé communautaires). On peut également optimiser les taux de maintien en poste en offrant des chances d'encadrement, de mentorat, de planification de la relève et de planification du cheminement professionnel (par ex. des programmes d'étapes de carrière comprenant l'élaboration de plans de carrière individuels avec un continuum d'objectifs d'apprentissage et de chances d'avancement tout au long de la carrière). Les bureaux de santé devraient également envisager des mécanismes innovateurs qui encouragent les professionnels à continuer de contribuer au travail de la santé publique après leur départ à la retraite.

Perfectionnement professionnel

Le perfectionnement professionnel est l'une des clés de l'amélioration de la satisfaction du personnel et de la qualité de la prestation des services de santé publique. Tous les bureaux de santé devraient avoir des stratégies leur permettant d'offrir des programmes efficaces et bien financés de perfectionnement professionnel en fonction des besoins des programmes et des disciplines. Il faudrait envisager différentes démarches et modalités surtout pour le recyclage des compétences. Par exemple, on pourrait offrir des cours de rattrapage subventionnés ou des programmes de bourses ou de remboursement de prêts pour les professionnels de la santé en pratique.

Le personnel de la santé publique devrait également avoir des possibilités de participer aux réseaux provinciaux des programmes et des disciplines, ainsi qu'aux activités concernant les compétences de base essentielles à la santé publique. La province devrait mener le développement de tels réseaux. D'autres partenaires essentiels dans l'amélioration des

chances de perfectionnement professionnel pour les bureaux de santé locaux comprennent les associations professionnelles et les collèges et universités (voir le chapitre 8).

Pour mettre en œuvre des stratégies de perfectionnement professionnel, les bureaux de santé doivent avoir suffisamment de ressources de deux types. En premier lieu, ils doivent disposer de ressources humaines exclusivement affectées à cette fin, comme un coordonnateur de l'éducation pour organiser le perfectionnement professionnel dans les bureaux de santé. En deuxième lieu, les conseils de santé doivent intégrer le perfectionnement professionnel dans leurs budgets. Il est recommandé que tous les conseils de santé affectent une partie de leur budget (par ex. au moins entre un et deux pour cent) au perfectionnement professionnel. On a également besoin d'argent pour soutenir les activités de formation, par exemple pour combler temporairement des postes vacants pendant un congé de formation.

Développement de leadership

Malgré l'importance des compétences techniques, bon nombre de nos interlocuteurs ont parlé du fait que la qualité d'un bureau de santé dépend beaucoup de son leadership. Les gens apprécient les leaders qui ont de fortes compétences en gestion, qui peuvent articuler une vision, chercher et intégrer les avis des membres du personnel, encourager l'autonomie et créer des équipes internes efficaces ainsi que des liens à l'échelle du système.

Dans le cadre des stratégies et normes révisées de ressources humaines dans le domaine de la santé publique, chaque bureau de santé devrait développer des plans pour encourager un leadership visionnaire, stratégique et efficace. Pour que les bureaux de santé accomplissent leur mandat et réussissent leur transformation, les personnes qui occupent des postes officiels de gestion et de leadership doivent posséder les compétences, aptitudes et connaissances nécessaires pour diriger et bien collaborer avec les autres professionnels. Ils doivent également être capables de contribuer de façon importante à la communauté et à la province. L'orientation, le mentorat, l'encadrement et la formation en cours d'emploi en leadership devraient être offerts. Les exigences de formation des nouveaux gestionnaires devraient être rédigées afin de montrer l'importance des compétences en leadership. Le temps et le soutien doivent être offerts pour développer ces compétences en leadership. Des attentes progressives en matière de leadership devraient être élaborées afin d'assurer un leadership approprié à différents échelons des bureaux de santé.

On trouve de nombreux nouveaux leaders au sein d'un organisme. Les cadres doivent identifier les personnes possédant un potentiel de leadership et vérifier qu'il existe un soutien pour leur permettre d'acquérir et de perfectionner les connaissances et aptitudes nécessaires. Le soutien à la planification de la relève constitue un élément important d'une stratégie locale de ressources humaines.

3.3 Rémunération

La rémunération était un thème important par rapport au recrutement et au maintien en poste des ressources humaines. On a parlé du besoin d'avoir une rémunération juste, équitable et plus uniforme pour les professionnels de la santé publique. Dans cette section, nous avons examiné la question générale des salaires dans la santé publique, ainsi que les enjeux particuliers de la rémunération des médecins hygiénistes et des médecins hygiénistes adjoints.

3.3.1 Équité salariale

D'après notre recherche, dans un pourcentage important de cas, les échelles salariales dans certaines disciplines de la santé publique n'étaient pas concurrentielles de celles de bureaux de santé avoisinants, d'autres secteurs de la santé ou d'autres territoires de compétence. Nous avons conclu qu'il faudrait aborder le problème des différences importantes entre les salaires versés. L'équivalence salariale présente un certain nombre de difficultés, compte tenu des variations locales comme celles du coût de la vie, et il faut en tenir compte. Pour que les bureaux de santé de l'Ontario puissent attirer des employés et les maintenir en poste, nous proposons :

RECOMMANDATION N° 7 : La province, en collaboration avec les organismes professionnels appropriés, devrait mener un processus visant à élaborer une stratégie salariale juste, équitable et plus concurrentielle à l'égard des aspects suivants :

- **évaluer la variance régionale à l'égard des niveaux de rémunération;**
- **élaborer des plans de collaboration pour surmonter les inégalités;**
- **publier annuellement les échelles salariales existantes.**

Les salaires des effectifs de la santé publique devraient être justes, équitables et plus concurrentiels à travers la province. À l'égard des stratégies salariales, il faut envisager plusieurs

éléments, y compris les salaires directement versés, les avantages sociaux, les exigences hors des heures normales et sur appel, le remboursement des frais professionnels et la transférabilité des avantages sociaux d'un bureau de santé à l'autre. Il faudra étudier les modèles établis dans le secteur hospitalier et dans d'autres provinces (par ex. les échelles salariales provinciales).

3.3.2 Rémunération des médecins hygiénistes et des médecins hygiénistes adjoints

Une rémunération juste fait partie de toute stratégie de recrutement et de maintien en poste des médecins hygiénistes ou médecins hygiénistes adjoints. À l'heure actuelle, il existe une grande divergence entre les salaires des médecins hygiénistes ou médecins hygiénistes adjoints et ceux des autres spécialistes médicaux. En outre, les attentes du public et l'élargissement de la portée des fonctions font de la santé publique un domaine de pratique de plus en plus exigeant. Une rémunération plus concurrentielle ferait de la santé publique une option plus intéressante à tous les niveaux de carrière (par ex. pour ceux dans les facultés de médecine, en formation de spécialité ou de réintégration, et ceux qui travaillent déjà sur le terrain). Tout ensemble de rémunération doit également reconnaître le fardeau important représenté par les services sur appel, surtout en ce qui concerne le contrôle des maladies infectieuses et la gestion des urgences.

Au cours des 20 dernières années, plusieurs bureaux de santé ont été soit incapables de retenir les services d'un médecin-hygiéniste à temps plein, soit forcés d'engager un médecin sans formation en santé publique, généralement à temps partiel. Ce problème est aggravé par le fait que la population active des médecins est vieillissante et beaucoup approchent l'âge de la retraite. À titre d'exemple, d'après notre sondage, 29 % des médecins hygiénistes partiront à la retraite au cours des cinq prochaines années (voir le tableau 3 du Rapport provisoire).

RECOMMANDATION N° 8 : La province, en collaboration avec les organismes professionnels appropriés, devrait élaborer un régime de rémunération juste, équitable et plus concurrentiel à l'intention des médecins hygiénistes et des médecins hygiénistes adjoints.

L'Ontario Medical Association négocie au nom de la plupart des médecins en Ontario et a mis sur pied un cadre de rémunération des médecins salariés qui pourrait former le fondement des négociations. Tout régime de rémunération devrait comprendre : des avantages sociaux, une rémunération pour les services sur appel et le soutien pour le

perfectionnement professionnel. Malgré l'absence d'un consensus, nous suggérons également que la province envisage d'inclure les salaires des médecins hygiénistes dans l'enveloppe des programmes de santé publique financés à 100 %.

Des encouragements suffisants sont nécessaires pour inciter les médecins et infirmiers praticiens pratiquant au sein de la communauté à jouer un rôle de soutien de certains programmes et services des bureaux de santé. Cela permettrait également de combler le fossé entre la santé publique et les soins cliniques et aiderait à encourager des mécanismes de communication efficaces avec les praticiens locaux.

3.4 Préparer la prochaine génération

Il est essentiel de prévoir la main-d'œuvre future. À présent, la santé publique a un faible profil parmi les élèves du secondaire et les étudiants post-secondaires, même parmi ceux qui étudient en sciences de la santé. Cette image contribue aux difficultés de recrutement connues par les bureaux de santé, surtout dans les régions rurales et du nord. Nous avons examiné plusieurs façons d'améliorer le profil et la qualité de la formation dans la santé publique. Il faudrait mettre au point de nouvelles initiatives pour améliorer les rapports entre le système de santé publique et les collèges et universités, ouvrant ainsi le chemin à de nouvelles possibilités pour la formation, le perfectionnement professionnel et les partenariats stratégiques.

3.4.1 Formation

Il existe un besoin urgent d'augmenter le nombre de professionnels en santé publique en Ontario. Dans de nombreuses professions de santé, les étudiants ne sont guère exposés à la santé publique pendant leur formation. Dans d'autres cas, le coût de l'éducation spécialisée en santé publique, surtout au troisième cycle, risque de représenter un obstacle. Les problèmes sont particulièrement graves en termes du nombre de personnes disposées à poursuivre une formation pour des postes de médecins hygiénistes ou de dentistes en santé publique. Nous avons examiné plusieurs options et proposons ceci dans le cadre de la stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé publique :

RECOMMANDATION N° 9 : La province, en collaboration avec les milieux universitaires et les associations professionnelles, devrait redoubler d'efforts en vue de stimuler les inscriptions aux programmes de santé publique caractérisés par les éléments suivants :

- **ils répondent aux besoins uniques des régions rurales et du Nord;**
- **ils prévoient des méthodes de formation innovatrices (avec, par exemple, un plus grand nombre d'options de formation à temps partiel ou à distance);**
- **ils améliorent les possibilités de financement pour la formation des travailleurs dans le domaine de la santé publique.**

Il existe plusieurs modèles pour améliorer le recrutement des étudiants, mais ils ont besoin d'être regroupés et rationalisés. Parmi les idées réalisables, mentionnons les programmes de bourses et de remboursement de prêts, les bourses liées à une obligation de service, les subventions, les encouragements créatifs liés au remboursement des prêts et des frais de scolarité, les cours de recyclage subventionnés en échange d'un déménagement dans la province et/ou un engagement de service et les primes de recrutement (par ex. une réduction de l'endettement). Des encouragements devraient être offerts pour encourager les étudiants à retourner au travail dans les bureaux de santé locaux, surtout dans les régions rurales et du Nord.

À l'échelle locale, les conseils de santé devraient prioriser le soutien pour la formation dans le cadre de leurs plans stratégiques ou opérationnels et stratégies de recrutement. Des ressources devraient être affectées à la formation, comme le soutien en matière de frais de scolarité dans les ententes de retour au service et le financement d'un coordonnateur en éducation dans les bureaux de santé.

Avec leurs partenaires postsecondaires, les bureaux de santé et la Division de la santé publique devraient encourager et élaborer des modalités de formation créatives et accessibles (par ex. la formation en cours d'emploi, la formation virtuelle, l'alternance travail-études et l'éducation à distance) pour encourager les professionnels de la santé qui exercent dans d'autres domaines à se lancer dans la santé publique. Plusieurs disciplines de santé publique pourraient potentiellement être ciblées en vue d'une prestation partielle par le télé-enseignement.

Compte tenu de la prolifération des programmes de maîtrise en santé publique dans le pays, on a besoin d'un catalogue de programmes de formation convenables. Ce catalogue devrait être élaboré et mis à jour par le MSSLD et aiderait les étudiants à comprendre leurs options de formation de deuxième cycle. C'est particulièrement important là où les

programmes éducationnels doivent répondre à des exigences réglementaires comme condition préalable à la nomination en poste.

Pénuries graves

Pour les postes qui connaissent des pénuries aiguës, comme ceux de médecins hygiénistes et dentistes en santé publique, la province devrait explorer une variété d'options pour encourager l'inscription ou le transfert dans la santé publique. À titre d'exemple, les primes de recrutement aux diplômés en santé publique pour le service dans les régions mal desservies de l'Ontario devraient être envisagées. Nous proposons également ceci :

RECOMMANDATION N° 10 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait prendre des mesures immédiates pour résoudre les pénuries graves de médecins et de dentistes dans le domaine de la santé publique en soutenant tous les ans la création des nouveaux postes suivants :

- **cinq postes directs et de réintégration pour la formation en médecine communautaire;**
- **cinq postes pour les diplômés de l'étranger en médecine ;**
- **deux postes de formation en dentisterie spécialisée.**

Pour ce, la Division de la santé publique devrait travailler avec la Division de la stratégie de santé, le Royal College of Dental Surgeons of Ontario, le Collège royal des médecins et chirurgiens, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, le Council of Medical Officers of Health et avec les universités et collèges.

3.4.2 Possibilités d'emploi pour les étudiants

Le placement des étudiants est avantageux à la fois pour les étudiants et les bureaux de santé. Pour les bureaux de santé, c'est une chance importante d'améliorer le recrutement, de donner aux membres du personnel de l'expérience en mentorat et, dans certains cas, d'apprendre auprès de personnes détenant une formation avancée ou des connaissances à jour. Pour les étudiants, les stages constituent une occasion en or d'acquérir des compétences essentielles, d'établir des liens avec des professionnels en santé publique et d'avoir une expérience pratique. Il a été prouvé que les stages augmentent la possibilité que les gens restent dans le bureau de santé où ils ont reçu leur formation.

RECOMMANDATION N° 11 : Tous les conseils de santé devraient appuyer les placements professionnels des étudiants, les stages d'internat et les emplois rémunérés pour les étudiants, de même que les possibilités de travail d'été dans toutes les disciplines relevant de la santé publique, à tous les niveaux de formation.

Des coordonnateurs spécialisés en éducation dans les bureaux de santé pourraient faciliter l'identification de candidats aux placements d'étudiants et agir comme mentors. Vu le rôle de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé dans la formation en santé publique, il existe également la possibilité d'établir une collaboration et un soutien entre l'Agence et les coordonnateurs en éducation du bureau de santé. Le rôle de l'Agence dans ce domaine est décrit à la section 8.4.

L'encadrement et le mentorat efficaces sont essentiels au succès des étudiants stagiaires et pour les travailleurs récemment embauchés qui vivent la transition du milieu académique au milieu de travail. Accroître la reconnaissance et le prestige associés aux rôles de tuteur et de mentor et modifier les charges de travail pour aménager le temps nécessaire pour soutenir les étudiants pourrait aider à encourager les gens à assumer cette tâche. Des occasions de perfectionner les compétences en préceptorat devraient être disponibles à l'échelle locale et provinciale.

Les conseils de santé locaux devraient attribuer des ressources à frais partagés en vue de verser des bourses de déplacement et d'hébergement aux programmes locaux de stages étudiants. De telles bourses sont spécialement importantes pour les bureaux de santé se trouvant loin des universités ou collèges, surtout dans les régions rurales et du nord.

Lors de l'élaboration des placements d'étudiants, il faut reconnaître qu'ils n'ont pas besoin d'être limités aux « quatre murs » du bureau de santé. Pour rendre les placements plus attrayants, et pour encourager les affectations dans des régions rurales et éloignées, ils devraient être souples et innovateurs.

Le point sur nos progrès : les mécanismes de responsabilisation

Notre vision pour 2010 :

Le rendement du système de santé publique est maintenant évalué à tous les niveaux grâce à un cadre intégré de gestion du rendement qui est fondé sur la recherche et les pratiques exemplaires. L'amélioration continue de la qualité en est le moteur. Tous les bureaux de santé publique sont maintenant agréés et un processus annuel de reddition de comptes au public offre aux conseils de santé et aux citoyens des informations claires sur la santé de leurs communautés, les réalisations en matière de santé publique, et comment elles ont été atteintes.

Il est essentiel que le système de la santé publique soit capable de démontrer comment il contribue à la santé des Ontariens et réalise son mandat de promotion et de protection de la santé. Comment le système de santé publique peut-il le mieux prouver qu'il s'acquitte de sa responsabilité et de ses obligations?

Pour répondre à cette question, nous avons examiné les leçons et pratiques exemplaires des autres systèmes de la santé publique, des autres secteurs et de la documentation. Nous avons également passé en revue les résultats du sondage auprès des bureaux de santé et les énoncés de position des organismes professionnels. Nous avons conclu que les mécanismes de responsabilisation existants sont insuffisants et ne suivent plus l'évolution des programmes. En outre, ils n'offrent pas les outils dont les bureaux de santé publique ont besoin pour surveiller et améliorer la qualité de leurs services.

Les données actuellement utilisées pour évaluer le rendement du système ne sont pas fiables et ne permettent pas d'identifier ses forces et faiblesses. Ils n'offrent pas aux intervenants suffisamment d'information pour évaluer si la santé publique remplit sa mission, ou pour que la santé publique mesure ses succès et apporte des améliorations. Par conséquent, les mécanismes et outils actuels de responsabilisation ne peuvent pas servir à promouvoir la planification à l'échelle du système, à établir des valeurs repères ou à faire des comparaisons entre les bureaux de santé.

4.1 Un système de gestion du rendement

Nous recommandons une nouvelle démarche à l'égard des mécanismes de responsabilisation : une démarche de *gestion du rendement*. La gestion du rendement consiste à évaluer comment une organisation est gérée ainsi que la valeur qu'elle offre aux parties prenantes. Cette gestion s'inspire des *normes* claires qui établissent ce qu'il faut faire et des *mesures* permettant d'évaluer si les normes sont respectées ou non. Un système de gestion du rendement permettra au secteur de la santé publique de prouver à quel

point il offre une valeur et atteint le succès et d'améliorer constamment la qualité de ce qu'il fait.

4.1.1 Amélioration continue de la qualité

Il y avait un consensus entre les intervenants à l'effet que l'amélioration continue de la qualité devrait être le fondement d'un système efficace de gestion du rendement pour la santé publique en Ontario. L'amélioration continue de la qualité est une philosophie de gestion qui est axée sur les procédures et les systèmes au lieu du rendement de particuliers. On se sert de données tangibles pour analyser et améliorer constamment ces processus et répondre aux besoins des clients internes et externes⁴. Ce processus relie la collecte de données, la reddition de comptes, la surveillance et l'apprentissage, puis les transforme en pierres angulaires d'un cycle constant d'amélioration de la qualité (voir la figure 1). Les parties prenantes du système de la santé publique ont besoin de comprendre et d'accepter la valeur de l'amélioration continue de la qualité.

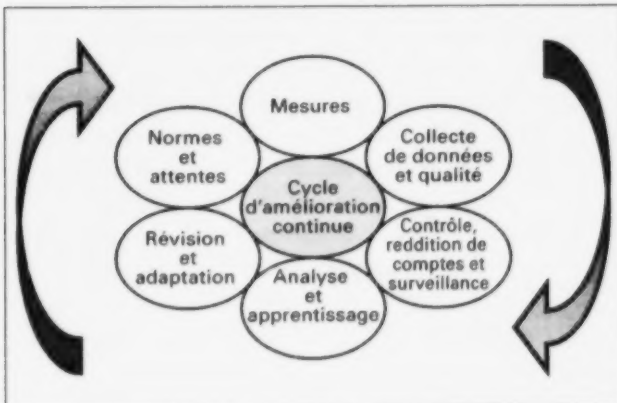


Figure 1 : Amélioration continue de la qualité

4.1.2 Caractéristiques d'un système de gestion du rendement

Pour atteindre un haut niveau de responsabilisation et de qualité dans la santé publique, l'Ontario a besoin d'un système de gestion du rendement qui est fondé sur des données probantes, dynamique, intégré et complet. Un tel système permettra de faire ce qui suit :

- évaluer et démontrer dans quelle mesure le système de la santé publique de l'Ontario offre une valeur aux Ontariens et atteint le succès;

- assurer que le système de la santé publique de l'Ontario (tant les bureaux de santé locaux que le gouvernement provincial) respecte les normes et attentes énoncées dans la loi;
- faire la promotion de l'amélioration continue de la qualité dans le système de la santé publique de l'Ontario.

Pour atteindre ces buts importants, nous proposons un cadre qui aura un impact sur tout le système de la santé publique :

RECOMMANDATION N° 12 : Le système de la santé publique devrait adopter un nouveau système complet de gestion du rendement qui relie les normes et mesures de rendement à un système de surveillance et de reddition de comptes.

À l'appui de ce cadre, nous proposons également des effectifs appropriés pour sa mise en œuvre :

RECOMMANDATION N° 13 : À chaque bureau de santé devrait travailler au moins un spécialiste en matière de qualité et de rendement qui serait chargé de mettre sur pied des activités locales de gestion du rendement, de coordonner l'agrément, d'administrer la reddition de comptes à la province et au public et de fonder une culture d'amélioration continue.

La figure 2 montre le système de gestion du rendement envisagé par le CECI. Ses éléments seront décrits en détail dans le reste de ce chapitre.

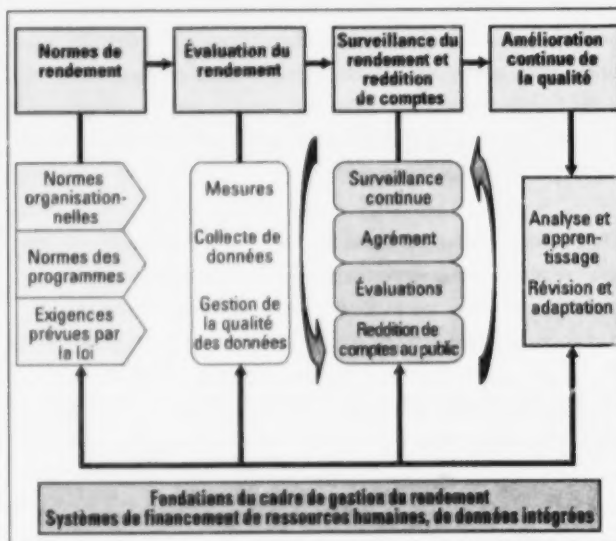


Figure 2 : Cadre de gestion du rendement en santé publique

Le système de gestion du rendement réussira à évaluer le rendement des bureaux de santé et du système de santé

⁴ Graham NO. *Quality in health care: theory, application, and evolution*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1995

publique en général, à émettre des rapports à ce sujet et à y réagir. Pour assurer que les résultats sont pertinents pour toutes les parties et réduire le doublement de travail pour les bureaux de santé et la province, tous les éléments du système doivent être liés entre eux et intégrés. Les données inscrites à un point devraient être accessibles à différentes fins à différents points dans le système.

En général, le système de gestion du rendement devrait encourager la pratique introspective, intégrer les nouvelles connaissances et produire des leçons pouvant servir à l'échelle locale et dans tout le système de la santé publique. En outre, il devrait subir un renouvellement et une révision constants à la lumière des nouvelles constatations produites par la recherche en santé publique et par l'échange de connaissances. Le spécialiste en qualité et en rendement mène et facilite les processus de qualité, mais tous les travailleurs de la santé publique seront responsables de s'engager envers l'amélioration continue de la qualité.

La Division de la santé publique a une responsabilité clé à l'égard du contrôle du rendement, de la prise d'actions face aux résultats, de la surveillance de la qualité et de l'intégration de la recherche et des pratiques exemplaires dans tous les aspects du système de gestion du rendement. Elle doit jouer un rôle clé dans le développement et la mise en œuvre de ce système. Cette fonction exige une équipe de gestion du rendement ou de la qualité au sein de la Division de la santé publique (voir la section 8.6). Ensemble, les spécialistes en qualité et en rendement à la Division de la santé publique et dans chaque bureau de santé créeront un réseau d'experts en gestion du rendement de la santé publique. Ce réseau sera orienté sur le développement et la préservation du nouveau système de gestion du rendement dans la santé publique de l'Ontario, le système qui permettra de prouver la valeur de la santé publique aux intervenants.

L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé peut également avoir un rôle à jouer dans le soutien des activités de recherche et d'échange de connaissances reliées à chacun des éléments du cadre (voir la section 7.1.1).

4.2 Normes et mesures du rendement

Au cœur de tout système de gestion du rendement, on trouve une définition de ce qu'il faut accomplir (c'est-à-dire des normes décrivant ce qui est nécessaire pour atteindre un résultat). À l'heure actuelle, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario (LPPS) souligne les éléments clés de l'activité de santé publique, et les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé

obligatoires décrivent l'orientation des programmes et des services. Le terme « lignes directrices » dans le titre du document permet toutefois de supposer de la souplesse relativement à leur adoption par les bureaux de santé. En outre, ces lignes directrices ont été approuvées en 1997, il y a près de dix ans, et elles n'ont pas été mises à jour pour tenir compte de la nouvelle recherche ou des besoins émergents.

Les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires portent surtout sur les exigences des programmes. Nous percevons le besoin d'avoir des normes organisationnelles qui brossent un tableau véritable du rendement des bureaux de santé locaux et du système de la santé publique en général. De telles normes ont été souvent réclamées par les parties prenantes afin d'offrir une orientation claire, de renforcer le système et d'améliorer les mécanismes de responsabilisation. Par conséquent, nous proposons :

RECOMMANDATION N° 14 : Des normes de rendement devraient être mises en œuvre afin d'atteindre les objectifs suivants :

- **remplacer les lignes directrices régissant actuellement les programmes et les services de santé obligatoires par des normes de programmes;**
- **statuer sur la capacité d'intervention organisationnelle des conseils locaux de santé.**

Les nouvelles normes organisationnelles devraient comprendre :

- la gestion efficace des ressources humaines (voir la section 3.1.1);
- le fonctionnement des conseils de santé (voir la section 5.1.3);
- la gestion des finances (voir la section 5.2);
- la recherche et l'échange de connaissances (voir la section 7.2).

De concert avec l'élaboration de normes de rendement en santé publique, il faudrait établir des mesures (indicateurs) valables, fiables et significatifs. Les mesures de rendement correspondent aux preuves quantitatives et/ou qualitatives qui montrent le respect ou l'atteinte d'une norme. Pris collectivement, ils nous permettent d'évaluer à quel point un système ou un organisme fonctionne bien. Les mesures du

rendement facilitent l'établissement de valeurs repères et les comparaisons entre les bureaux de santé et les régions.

4.3 Surveillance et reddition de comptes

Une fois les normes et mesures de rendement en place, un facteur clé pour la gestion du rendement consiste à évaluer le succès de l'observation des normes. Nous recommandons quatre mécanismes pour la surveillance du rendement et la reddition de comptes :

- 1) surveillance continue;
- 2) agrément obligatoire de bureaux de santé;
- 3) évaluations provinciales sur la conformité;
- 4) établissement de rapports destinés au public.

En ce qui concerne le contrôle du rendement et la reddition de comptes, nous avons essayé de trouver un équilibre entre le besoin de plus d'information et le travail nécessaire pour recueillir et analyser ces données et préparer des rapports à leur sujet. Dans la mesure du possible, nous devrions nous appuyer sur les mécanismes existants de reddition de comptes et de responsabilisation et les intégrer dans les opérations quotidiennes des bureaux de santé. Nous proposons également des systèmes de données ou des logiciels communs pour réduire la répétition des tâches.

4.3.1 Surveillance continue

Ne constituant pas un bon outil de contrôle, le questionnaire sur les indicateurs des programmes obligatoires actuellement utilisé doit être remplacé. La province a souvent demandé la transmission de données historiques, et l'analyse et la rétroaction prennent trop de temps, ce qui diminue la crédibilité et l'utilité des résultats.

Il est nécessaire d'avoir une démarche différente à l'égard de la surveillance afin de recueillir des données en vue du cycle de planification et de contrôle du bureau de santé local (c.-à-d. l'information ayant un intérêt local), tout en offrant à la province l'information dont elle a besoin. Cette nouvelle démarche par rapport à la surveillance doit être conforme aux normes utilisées, devrait se produire en continu (avec le suivi constant de l'information et du rendement) et de manière épisodique. On a besoin d'outils pour soutenir les différents éléments du système de gestion du rendement et rationaliser l'entrée de données. Aussi, nous proposons :

RECOMMANDATION N° 15 : Des systèmes et logiciels communs devraient être employés pour saisir l'information et produire des rapports pouvant servir aux différents paliers du système de santé publique.

Le système doit être capable non seulement d'une surveillance régulière des données soumises par les bureaux de santé, mais également de déterminer quand on a besoin d'un suivi pour réagir aux problèmes ou enjeux potentiels. Le suivi pourrait avoir lieu dans le bureau de santé ou être proposé par le conseil de santé ou même la province.

Il existe plusieurs façons pour la Division de la santé publique de déclencher un suivi, notamment le non-respect de certaines normes mises en relief par une surveillance régulière, une inquiétude particulière (par ex. une enquête à la suite d'une plainte), ou en réponse aux résultats d'une surveillance épisodique ou aléatoire. Le suivi est particulièrement important dans les cas où les attentes de rendement ne sont pas satisfaites ou que la santé des Ontariens est à risque. Dans les cas de problèmes graves de rendement, une évaluation ministérielle devrait faire suite (voir la section 4.3.3).

4.3.2 Agrément obligatoire

L'agrément est une pratique largement acceptée dans de nombreuses parties du système de soins. Ce processus autonome d'examen par les pairs sert à mettre en pratique les mécanismes de responsabilisation, à inspirer confiance à la population et à accroître la visibilité. À ce jour, seulement 40 % des bureaux de santé ont participé à l'agrément. Notre enquête sur les pratiques dans d'autres territoires de compétence a démontré que la participation aux programmes d'agrément constitue un élément clé de la plupart des systèmes de responsabilisation. Alors que les bureaux de santé dans certains territoires de compétence participent volontairement, d'autres gouvernements comme celui du Québec ont légiféré la participation obligatoire des services de santé à l'agrément. À la lumière de ces considérations, nous proposons :

RECOMMANDATION N° 16 : Il faudrait modifier la loi pour rendre obligatoire l'agrément de tous les bureaux de santé publique et la reddition de comptes publique au sujet de leur statut d'agrément.

Dans la mise en œuvre de cette recommandation, nous proposons que la Division de la santé publique et alPHA établissent un processus pour déterminer l'organisme d'agrément le plus approprié pour l'Ontario. L'Ontario Council on Community Health Accreditation possède de longs antécédents d'agrément des bureaux de santé de l'Ontario

et a récemment élargi ses normes d'agrément pour englober les secteurs de programmes. Il pourrait toutefois y avoir des avantages à participer à un système national. Par conséquent, nous suggérons que les systèmes d'agrément nationaux actuels et proposés soient examinés.

La sélection d'un organisme d'agrément pour les bureaux de santé de l'Ontario devrait refléter l'analyse du contenu des normes, du processus d'agrément et du coût. Le modèle d'agrément obligatoire devrait comprendre les normes organisationnelles (gouvernance, gestion, finances, gestion du risque, ressources humaines) et programmatiques (programme de santé publique et prestation des services). Le processus devrait être fondé sur l'examen par les pairs, mené par un tiers indépendant, et les processus et outils d'agrément devraient être mis à jour régulièrement. Le processus et le rapport d'agrément doivent promouvoir l'apprentissage et l'amélioration continue de la qualité.

4.3.3 Évaluations provinciales sur la conformité

Le renforcement des éléments déclencheurs de l'évaluation et des enquêtes sur la conformité soutient le rôle d'intendance de la province et démontre sa responsabilité à l'égard de la reddition de comptes dans la santé publique. Nous recommandons :

RECOMMANDATION N° 17 : La province devrait élaborer un processus d'évaluation complet et transparent à utiliser face à des indicateurs déclencheurs spécifiques, notamment par rapport à la surveillance du rendement et aux enquêtes sur les plaintes.

Pour remplir cette fonction, le ministère doit prendre les mesures suivantes :

- capacité d'intervention adéquate pour mener des évaluations;
- déclencheurs et mécanismes clairs pour les évaluations, s'ils sont fondés sur les plaintes ou sur les résultats de la surveillance du rendement;
- processus et mécanismes de suivi clairs pour mettre en œuvre les résultats de l'évaluation et résoudre les enjeux mis en relief;
- processus transparent pour traiter les plaintes, qu'elles proviennent du public, du bureau de santé, de la direction ou des conseils de santé.

Par le processus d'évaluation, le ministère devrait :

- vérifier si le conseil de santé offre ou assure la prestation de programmes et services de santé;
- évaluer la qualité de la gestion ou l'administration des affaires du conseil de santé de la façon établie dans les normes de gouvernance et de gestion;
- déterminer si le conseil de santé se conforme à tous autres égards à la loi et aux règlements afférents.

Dans le processus d'évaluation, le ministère a besoin de l'accès à toutes les sources d'information disponibles, notamment : les rapports de surveillance du rendement et d'évaluation des programmes et services, le rendement organisationnel relativement à toutes les normes de santé publique (y compris les normes des programmes et organismes), et les rapports et statuts d'agrément.

4.3.4 Reddition de comptes au public

Notre quatrième stratégie de contrôle de la gestion du rendement est axée sur la reddition de comptes au public. Ce mécanisme constitue un volet important de la mise sur pied de mécanismes plus importants de responsabilisation et de transparence pour la santé publique.

À l'heure actuelle, il existe beaucoup de variation d'un bout à l'autre de la province relativement à la façon dont les bureaux de santé rendent compte au public. Entre-temps, les tableaux de bord prospectifs gagnent en popularité. Une publication de 2004 par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences fait remarquer que les tableaux de bord des soins peuvent constituer des mécanismes de responsabilisation utiles, et qu'ils peuvent servir à faciliter les améliorations dans la qualité et l'efficacité des services.⁵

La reddition de comptes dans la santé publique à l'échelle provinciale a déjà été renforcée par l'exigence de rapport annuel à la législature par le médecin-hygiéniste en chef. Cette obligation de rendre des comptes imposée par la Loi devrait être étendue à l'échelle locale, et on devrait examiner les modèles de tels rapports. Aussi, nous proposons :

⁵Woodward, G, Manuel D, Goel V. *Developing a balanced scorecard for public health*. Institute for Clinical Evaluative Sciences: Toronto, Ont.: 2004. [en ligne] Consulté en ligne le 14 janvier 2006 au http://www.ices.on.ca/file/Scorecard_report_final.pdf

RECOMMANDATION N° 18 : Les bureaux de santé publique devraient être tenus de produire des rapports annuels à l'intention des bailleurs de fonds et de la population, comprenant des indicateurs du statut de la santé et du rendement, et ce, dans le but d'assurer la transparence et la reddition de comptes.

Les rapports annuels locaux peuvent être rédigés à partir d'un modèle provincial et devraient intégrer les résultats des évaluations du rendement à l'échelle locale ainsi que ceux des indicateurs de santé par rapport aux normes provinciales. Le concept du tableau de bord était attrayant pour beaucoup et son adoption à l'échelle locale et provinciale devrait être envisagée. Pour la santé publique, un tableau de bord pourrait comprendre les dimensions suivantes : déterminants de santé, sociaux, culturels et économiques, état de santé, ressources et services, engagement de la collectivité, et intégration et réceptivité.

Les fondements du succès : gouvernance et financement

Notre vision pour 2010 :

L'amélioration de la gouvernance a contribué à rendre les organismes de santé publique plus forts et efficaces et à améliorer leurs liens avec les collectivités locales. Le nouveau système capitalise sur les liens solides noués avec les partenaires communautaires et les administrations municipales. Les bureaux de santé sont financés selon une nouvelle approche plus équitable et réactive, afin de favoriser une meilleure équité dans la prestation des services de santé publique. À l'échelle de la province, on constate maintenant une plus grande cohérence de la capacité des bureaux de santé de répondre rapidement et efficacement aux besoins locaux et régionaux en matière de santé, y compris en temps de crise.

La santé publique est une responsabilité de plus en plus complexe, qui a des conséquences qui débordent souvent les frontières locales, provinciales et même nationales. Les municipalités de l'Ontario peinent à s'acquitter du mandat en santé publique qui leur a été confié par la province. C'est que leurs recettes fiscales sont insuffisantes pour leur permettre d'honorer leurs obligations financières croissantes en santé publique. Les nouveaux enjeux en santé publique ont présenté un fardeau financier important, qui s'est traduit par un écart entre les capacités des différents bureaux de santé des différentes régions de la province.

Dans le cadre du plan *Opération protection de la santé*, la province prévoit assumer d'ici 2007 75 % de la responsabilité du financement de la santé publique. Puisque la province assumera une plus grande part du fardeau financier et de la responsabilité, nous devons examiner les changements à apporter pour s'assurer que le système de santé publique soit solide, efficace et coordonné. Dans le présent chapitre, nous examinerons deux composantes clés : l'amélioration de la gouvernance ainsi que de la stabilité et de la prévisibilité du financement.

Les organismes de gouvernance sont responsables de la surveillance générale de l'orientation des programmes et services. Une gouvernance plus solide et cohérente est à la base d'un système de santé publique revitalisé. Notre but est d'élaborer un système qui tire parti des liens étroits créés avec les partenaires communautaires et les administrations municipales et qui renforce la gouvernance locale, mais qui s'assure aussi d'une augmentation de la responsabilité de la province dans le financement et la surveillance.

La bonne répartition des fonds et la surveillance de leur affectation sont indispensables pour s'assurer que les attentes sont bien prises en compte et satisfaites. La province devrait s'assurer de l'utilisation optimale des

ressources disponibles et de leur affectation appropriée, tant du point de vue système que du point de vue des besoins de financement et de programmes à l'échelle de la province. Ainsi, elle pourra mieux démontrer que le secteur s'acquitte de son engagement de protéger de façon *cohérente* la santé du public partout en Ontario.

Nous proposons une nouvelle approche de financement de services de santé publique, qui exige un processus où les responsabilités sont clairement définies. Cette approche devrait favoriser la conformité avec les exigences établies par les lois et assurer la capacité de réaction face aux demandes causées par des épidémies locales de maladies ou par des urgences sanitaires imprévues. L'affectation de fonds devrait être faite en fonction des preuves et des besoins et être plus prévisible et explicable. Elle devrait contribuer à favoriser un accès plus équitable aux programmes et services et à réduire les iniquités dans les résultats pour la santé.

5.1 Gouvernance par des conseils autonomes

Actuellement, les 36 conseils de santé en Ontario sont répartis entre trois structures distinctes de gouvernance. Sur ce nombre, 22 exercent leurs activités de façon autonome et distincte de la structure administrative de la municipalité dans laquelle ils se trouvent et possèdent leurs propres politiques et procédures. Quatre sont intégrés dans une structure administrative municipale et sont assujettis aux politiques et procédures de celle-ci, bien qu'ils fonctionnent de façon autonome et centrent leur action principalement sur la santé publique. Dix font partie d'une administration régionale, d'une administration municipale à un seul palier ou d'une administration de comté restructuré dont le conseil municipal dispose d'un mandat ou des pouvoirs d'un conseil de santé et où les services de santé publique sont associés à d'autres services ou relèvent d'un autre service.

Notre examen a porté sur les éléments de gouvernance qui sont nécessaires pour se doter d'un système solide et résistant qui peut relever rapidement et efficacement les défis du XXI^e siècle. Nous croyons que tous les conseils de santé devraient avoir les caractéristiques suivantes :

- **De niveau local** : Avec un conseil de santé local, les décisions sont prises à l'échelle de la communauté et tiennent compte des spécificités de celle-ci. Les programmes peuvent ainsi être adaptés aux besoins locaux. Lorsque les bureaux de santé se trouvent plus près de la collectivité, ils peuvent recueillir plus facilement les opinions communautaires sur des questions de santé et entretenir des liens avec les

organismes locaux qui sont leurs principaux partenaires dans la prestation de services (p. ex. les conseils scolaires).

- **Autonome** : Un conseil de santé autonome peut recruter des membres possédant des compétences particulières et s'intéressant à des aspects précis de la santé publique, et dont les points de vue s'ajouteront à ceux des conseillers municipaux. Grâce à ce modèle, les conseils sont assurés d'une continuité dans leur composition et d'un perfectionnement continu. Le recrutement des membres peut se faire de façon échelonnée, évitant ainsi le remplacement complet des membres d'un conseil par suite à une élection municipale. En s'appuyant sur les avis de la province sur le mélange approprié de compétences, ce modèle permet la composition planifiée et intentionnelle d'un conseil. Avec un conseil autonome, l'indépendance du médecin-hygiéniste serait assurée, car il peut faire rapport directement au conseil, sans passer par d'autres couches bureaucratiques.
- **Centré principalement sur la santé publique** : Étant axé surtout sur la santé publique, le conseil peut s'assurer de concentrer convenablement son action sur son mandat. De par le caractère préventif des actions de la santé publique, les résultats sont obtenus à long terme ou sont peu visibles, sauf en temps de crise. Il est assez facile de négliger ou de marginaliser les questions de santé publique, ce qui pourrait avoir pour effet l'effritement des services. Si un conseil est centré uniquement sur la santé publique, un tel scénario ne se produirait pas.

RECOMMANDATION N° 19 : Les bureaux de santé publique devraient être dirigés par des conseils de santé locaux et autonomes. Ces conseils devraient centrer leur action principalement sur la prestation de programmes et de services de santé publique.

Une proportion importante de la population de la province est actuellement desservie par des conseils de santé organisés sur un modèle différent de celui que nous proposons. En vertu de notre recommandation, la province pourra suivre une approche globale d'orientation du système pour qu'il remplisse le mandat de santé publique à l'échelle de la province. Les conseils continueront de comprendre des représentants municipaux. Ils bénéficieront donc des compétences particulières des représentants municipaux et des capacités de ces derniers d'appuyer l'intégration locale.

De plus, les conseils pourront continuer d'ajouter un mélange d'autres compétences, pour renforcer leur capacité.

Les conseils de santé ont des responsabilités juridiques et font l'objet d'attentes importantes. Ils sont responsables et tenus de rendre compte de la surveillance de tous les aspects des services et des programmes dont les bureaux de santé doivent fournir, notamment la surveillance du budget, l'embauche de personnel, l'établissement des actions prioritaires et la gestion du rendement des dirigeants des bureaux de santé. S'ils comprennent des membres possédant des compétences particulières et se spécialisant dans la santé publique, ces conseils seront mieux placés pour s'assurer une gestion solide des risques et de s'occuper de questions de responsabilités civile.

De plus, en mettant l'accent sur l'établissement d'un système de santé publique cohérent à l'échelle de la province, le gouvernement provincial pourra s'assurer que les municipalités ne s'exposeront pas à des poursuites liées à des questions de santé publique. La province reconnaît que ce sont les conseils de santé, plutôt que les municipalités, qui assumeront la responsabilité juridique pour les questions locales de santé publique. C'est ce que confirme une décision récente de la Cour supérieure de justice de l'Ontario concernant le Conseil de santé de Toronto⁶.

5.1.1. Intégration des bureaux de santé

L'un des atouts d'une gouvernance locale du système est la possibilité de l'adapter aux besoins et circonstances propres aux différentes parties de la province. Lorsque des bureaux locaux de santé sont actuellement intégrés dans une structure municipale, nous prévoyons que les conseils de santé et les municipalités concernées conviendront conjointement du niveau d'intégration que les bureaux devraient avoir à l'avenir. Ainsi, nous proposons ce qui suit :

RECOMMANDATION N° 20 : Lorsque des bureaux locaux de santé sont actuellement intégrés à la structure municipale, les conseils de santé et les municipalités conviennent conjointement du niveau d'intégration future.

Certains conseils de santé nouvellement autonomes souhaiteront peut être que leur bureau de santé reste fortement intégré à une municipalité, alors que d'autres voudront moins d'intégration, voire aucune. Par exemple, le personnel de certains bureaux voudra peut être continuer d'être des employés municipaux, tandis que le personnel d'autres bureaux voudra négocier l'achat de services de soutien particuliers de la municipalité. Le Conseil de santé

de Toronto est un exemple actuel d'un conseil de gouvernance autonome qui est intégré étroitement à une structure municipale.

Quel que soit le degré d'intégration, les ressources des bureaux de santé ne devraient être transférées qu'aux autres parties de l'organisation qui s'occupent également de la santé publique. De plus, le personnel et les gestionnaires de programmes de santé publique doivent rendre des comptes aux conseils de santé par l'intermédiaire de la direction de leur bureau de santé. Les modèles d'intégration qui proposent de rendre des comptes autrement que par la direction des bureaux de santé et du conseil de santé ne seront pas acceptables. Le médecin-hygiéniste devrait faire rapport directement au conseil de santé et jouir de l'autonomie nécessaire pour rendre pleinement compte du respect des obligations en vertu de la LPPS et de ses règlements associés.

Afin de s'assurer de l'application ordonnée de cette recommandation, le MSSLD aurait besoin d'établir un processus pour guider l'élaboration de plans de transition et de leur mise en œuvre. Si une municipalité et un conseil de santé ne parviennent pas à un accord conjoint, la province devrait créer un mécanisme de règlement du différend.

5.1.2 Optimisation des conseils de santé

Bien que la LPPS définisse des exigences générales concernant la composition d'un conseil, le mode de recrutement et de soutien des membres de conseil varie énormément à l'échelle de la province. Le processus de nomination des membres provinciaux a été très lent. Les bureaux de santé responsables d'un vaste territoire peinent souvent à trouver des représentants de toutes les régions de leur territoire. Dans bien des cas, la plupart voire tous les membres sont des conseillers municipaux. Par conséquent, la composition du conseil dépend des résultats des élections ou du processus de nomination de membres de comités municipaux. Chez certains conseils, les postes vacants, le roulement des membres et l'instabilité sont des sujets d'inquiétude.

Notre but est de s'assurer que les conseils aient assez de membres pour s'acquitter efficacement de leur mandat, ainsi qu'une marge de manœuvre suffisante pour faire face aux circonstances locales. Mais par-dessus tout, nous voulons nous assurer que les conseils comptent un nombre important de représentants locaux possédant les compétences voulues.

⁶ Williams c. Canada (procureur général), (2005), 76 O.R. (3^e) 763.

En ayant des conseils comportant des membres ayant les compétences souhaitées, plutôt qu'uniquement des représentants des régions géographiques, comme ça se fait actuellement, les intérêts locaux seront mieux desservis.

En changeant ainsi la composition des conseils, le nombre de conseillers municipaux siégeant aux conseils de santé partout dans la province baissera. Cette diminution de la responsabilité des municipalités, particulièrement de celles où le conseil municipal joue le rôle de conseil de santé, sera compensée par l'augmentation de la responsabilité assumée par la province. En tant que principal bailleur de fonds du système de santé publique, la province aura la responsabilité de surveiller le budget des conseils, en tenant compte des intérêts du système.

Nos discussions nous ont amenés à conclure que la moitié des membres des conseils devraient être des représentants municipaux et l'autre moitié, des représentants de citoyens. Les municipalités conserveraient ainsi la responsabilité des 25 % du budget qu'elles financent. De plus, il y aurait un nombre suffisant de représentants de citoyens au sein des conseils pour permettre une diversité appropriée des compétences. Cette approche « moitié moitié » met en évidence l'importance égale des deux types de représentants aux conseils. Nous proposons donc ceci :

RECOMMANDATION N° 21 : Les conseils de santé devraient se composer de huit à 14 membres, dont la moitié sont des personnes nommées par les municipalités et l'autre moitié, des représentants de citoyens locaux nommés par les conseils grâce à l'autorité qui leur aura été déléguée par la province.

Au départ, la province définira par règlement le mélange et le nombre de membres de chaque conseil, à la lumière des recommandations des conseils de santé actuels et en collaboration avec les municipalités. Si son territoire englobe plus d'une municipalité, le conseil de santé et les municipalités concernées devraient déterminer la composition de la représentation de la moitié municipale du conseil. Si le conseil et les municipalités ne parviennent pas à un accord, la proportion des représentants de différentes municipalités devraient être déterminée en fonction du nombre de leurs résidents. Nous recommandons d'étaler sur différentes périodes les mandats des représentants municipaux et de citoyens, pour s'assurer d'un chevauchement suffisant des mandats de ces derniers.

La province établira les directives du processus de nomination des représentants de citoyens ou communautaires et de la

création, par les conseils, d'un comité de nominations. Par le passé, le système provincial de nominations n'a pas toujours donné des résultats satisfaisants à l'échelon local. Pour s'assurer que les représentants locaux possèdent les connaissances nécessaires sur leur collectivité et soient nommés en temps opportun, les conseils se verront déléguer l'autorité de nommer les représentants de citoyens locaux. La province devrait aussi préciser les critères de révocation de cette autorité.

Afin de faciliter la transition des modèles actuels de gouvernance des bureaux de santé vers un modèle uniforme de gouvernance, il faut mettre en place les « catalyseurs » suivants :

- Des changements dans le cadre législatif;
- L'établissement d'une série de normes provinciales sur la gouvernance des conseils, notamment des normes et des mesures régissant les nominations, le recrutement et les nominations locales de membres des conseils de santé, l'orientation, la formation et l'auto-évaluation, et des exigences en matière de planification stratégique;
- Des outils pour aider les conseils à se conformer aux nouvelles normes les régissant; par exemple un modèle provincial de code de déontologie et d'accord de confidentialité pour favoriser l'uniformisation de ces pratiques à l'échelle de la province. La province devrait fournir des conseils sur la rémunération des conseils;
- Des directives et des outils pour le recrutement des membres du conseil. Nous croyons que la province devrait établir des critères provinciaux uniformes d'admissibilité aux conseils, que les conseils pourraient utiliser pour choisir leurs membres. Comme nous estimons que les conseils devraient être fondés sur les compétences, nous recommandons avec insistance à la province de demander l'avis d'organismes comme l'alPHA sur la combinaison appropriée de compétences nécessaires pour la gouvernance de la santé publique. Parmi les outils possibles, mentionnons une trousse d'information, une description des rôles et un exemplaire de formulaire de mise en candidature. De tels outils faciliteraient la création d'un comité de nominations et l'élaboration d'un processus transparent de mise en candidature et de sélection, qui favoriseraient l'exercice d'une diligence raisonnable dans le processus de nomination;

- L'amélioration de la vérification provinciale et de la capacité de soutien des conseils, notamment grâce à la création d'un outil permettant aux conseils d'évaluer régulièrement leur processus de gouvernance et leur efficacité;
- Un soutien provincial à la formation et au perfectionnement des présidents et des membres de conseils de santé. Un aspect important de cette formation est l'orientation des membres du conseil. Les personnes nouvellement nommées devraient être tenues de suivre une séance d'orientation au cours de la première année de leur mandat. Toutefois, le mode d'exécution de ces séances devrait être déterminé en fonction des conditions et des besoins locaux. Nous suggérons à la province de collaborer avec l'alPHA en ce qui a trait à l'élaboration d'outils et de processus appropriés d'orientation. La province devrait également examiner d'autres moyens de collaborer avec la Division de la santé publique et les conseils de santé en vue d'organiser des séances d'orientation et de perfectionnement (p. ex. des séances annuelles d'orientation parrainées par la province, des trousseaux d'information écrite ou vidéo, des séances annuelles à l'intention des présidents et des médecins hygiénistes, ou des séances de perfectionnement organisées conjointement avec l'alPHA).

5.2 Une base financière solide

Avant 1998, la province finançait à 75 % les dépenses de santé publique de la plupart des bureaux de santé (40 % à Toronto), et à 100 % certains programmes (p. ex. la lutte contre le tabagisme et la santé sexuelle). En 1998, les municipalités se sont vu confier l'entière responsabilité du financement des programmes de santé publique, sauf celui d'un nouveau programme (Bébés en santé, enfants en santé) que la province a financé à 100 %. En 1999, la province s'est engagée à financer 50 % des programmes de santé publique. En vertu du plan *Opération protection de la santé*, la part du financement provincial a augmenté et atteindra 75 % d'ici janvier 2007. De plus, la province finance à 100 % plusieurs projets nouveaux et ciblés, ce qui porte la part globale du financement provincial à plus de 80 %.

Il est important et juste que la province assume plus de responsabilités dans le financement de la santé publique et que la source du financement passe des recettes des impôts fonciers perçus par les municipalités aux recettes des impôts perçus par la province, lesquels sont plus stables et équitables. Nous croyons que la province devrait s'assurer que tous les programmes de santé publique qu'elle finance

sont dotés de ressources suffisantes et qu'elle aidera à favoriser l'équité à l'échelle de la province en continuant de soulager les municipalités du fardeau des dépenses en santé publique. Parallèlement, nous croyons qu'il faut assouplir le financement de façon à tenir compte des différences entre les collectivités.

Nous estimons aussi que le degré de responsabilité devrait être calculé en fonction du degré de financement. Il faut attribuer clairement les responsabilités pour l'utilisation des fonds et des ressources en santé. Lorsque le financement de la santé publique a été transféré aux municipalités, la responsabilité de l'utilisation du financement est passée aux conseils de santé locaux. De plus, l'échelon local et les municipalités sont devenus les principaux responsables de la planification, de l'établissement des budgets et de la reddition de comptes sur les dépenses. Par contre, bien que le financement de la santé publique a été dévolue de nouveau à la province, les mécanismes de responsabilisation n'ont pas été modifiés en conséquence. Bien que les conseils de santé locaux peuvent prendre en main leurs responsabilités fiduciaires et du rendement, ils fournissaient peu d'information au niveau provincial pour expliquer les dépenses en santé publique ou les résultats de ces dépenses pour la santé de la population.

Sur le plan provincial, le système actuel de financement non plafonné accuse des lacunes importantes dans la définition des responsabilités. Nous devons pouvoir établir un lien entre les dépenses en santé publique et les réalisations accomplies en vue du respect des normes en santé publique et de l'atteinte de résultats aux échelons provincial et local.

Nous croyons qu'une surveillance systématique, à l'échelle de la province, du financement de la santé publique permettra s'assurer d'un accès équitable aux programmes et services. On pourrait ainsi réduire les iniquités dans les résultats pour la santé et s'assurer du respect complet des exigences établies par les lois et de la capacité de réagir aux éclosions locales de maladies et aux urgences sanitaires imprévues. Dans notre environnement changeant, la mosaïque actuelle de compétences est inacceptable. Pour s'assurer que tous les bureaux de santé publique puissent compter sur une base financière sûre et solide, nous proposons un processus de financement modifié qui :

- assurera un financement stable et prévisible, accompagné des mécanismes clairs d'imputation des responsabilités financières;
- améliorera l'accès équitable aux services et l'équité des résultats pour la santé à l'échelle de la province;

- renforcera la capacité de réaction aux hausses imprévues de la demande dues à des besoins locaux imprévus et épisodiques, comme des éclosons de maladies, des urgences et des risques sanitaires;
- permettra un financement suffisant pour respecter les obligations prévues par la LPPS et d'autres lois pertinentes, ainsi que les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires.

5.2.1 Partage des coûts

Quelle devrait être la répartition du financement de la santé publique entre la province et les municipalités? Nous n'avons pas réussi à atteindre de consensus chez les intervenants en ce qui a trait au concept de financement intégral de la santé publique par la province. Bien que certains pensaient qu'un financement provincial à 100 % renforcerait le système à l'échelle provinciale, d'autres prétendaient qu'en rompant ainsi les liens avec les administrations locales, les liens actuellement solides entre les bureaux de santé et les collectivités se relâcheraient. Par conséquent, nous avons conclu qu'il vaudrait mieux que la question de savoir si la province devrait assumer l'entière responsabilité du financement de la santé publique fasse l'objet d'un vaste discussion entre la province et les municipalités, afin de trouver un consensus sur la meilleure répartition possible des coûts, des responsabilités et des mandats.

Parallèlement, nous pensons que pour assurer l'équité et l'établissement d'une approche uniforme à l'échelle du système, la province devrait prendre l'initiative de créer une enveloppe de financement de la santé publique. Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, nous proposons ceci :

RECOMMANDATION N° 22 : La province devrait globalement financer les bureaux de santé publique et approuver leurs budgets. Les programmes dont les coûts sont actuellement partagés devraient être financés pour 75 % par la province et pour 25 % par les municipalités, conformément avec la dernière phase du projet de transfert des coûts à la province, qui est prévue dans le plan *Opération protection de la santé*. La province devrait garantir qu'elle continuera de financer intégralement les programmes qu'elle finance actuellement à 100 %.

En ce moment, nous ne recommandons pas expressément à la province d'accroître sa part du financement de la santé publique, même si nous croyons que cela devrait demeurer une option. Nous pensons aussi que les municipalités devraient jouir d'un pouvoir discrétionnaire d'allouer à des projets locaux des

fonds supplémentaires qui ne sont pas prévus dans le budget approuvé par MSSLD, mais qui ont été approuvés par suite à des négociations entre le conseil de santé et la municipalité.

Nos conclusions vont dans le sens d'un leadership fort de la province dans la création d'une enveloppe globale de financement de programmes à frais partagés et dans l'établissement de limites claires d'augmentations annuelles de leur financement. Ce changement se traduira par l'élimination de la pratique actuelle d'établir des budgets de santé publique non plafonnés qui entraînent des pressions budgétaires importantes sur les conseils locaux et la province. De plus, il permettra l'élaboration de prévisions locales et provinciales pluriannuelles. Les conseils de santé locaux conserveront la responsabilité d'adapter aux besoins locaux les programmes financés à même l'enveloppe qui leur a été dévolue. Ils garderont aussi la responsabilité de repérer les priorités qui se dessinent et les pressions à l'échelon local, et d'en faire part à la province dans le cadre du processus de planification budgétaire pluriannuelle.

Le modèle que nous proposons contribuera à améliorer la prévisibilité et la stabilité du financement, à favoriser la communication bilatérale entre les conseils de santé locaux et la province tout au long des cycles budgétaires et à garder un juste équilibre entre l'autonomie locale et l'autorité provinciale. De plus, comme la province aura plus de pouvoir sur le financement grâce au nouveau système, elle pourra mieux surveiller l'affectation de nouveaux fonds et l'équité de leur répartition à l'échelle de la province.

5.2.2 Affectation de fonds

Selon le système actuel, les budgets locaux de santé publique sont établis et approuvés à l'échelon local. Ce système pourrait entraîner des iniquités, car le niveau de financement de services pourrait être fonction de la volonté locale et de la capacité de payer (plutôt que des besoins en santé publique) ou de la capacité des bureaux de santé d'obtenir d'autres ressources, comme des subventions. Bien qu'on convient généralement que le critère de financement en fonction du nombre d'habitants n'est pas un outil approprié ou valable d'évaluation de l'équité du financement, le vérificateur général de l'Ontario n'a pas été capable d'expliquer dans son rapport les écarts importants dans le financement actuel des bureaux de santé.⁷

⁷ Bureau du vérificateur général de l'Ontario, section 3.10, *Activité de la santé publique, chapitre 3, Rapports sur les vérifications d'optimisation des ressources, Rapport annuel de 1997, Toronto (Ont.)*, Bureau du vérificateur général de l'Ontario; 1997. [en ligne]. Consulté en ligne le 25 janvier 2006 au : http://www.auditor.on.ca/en/reports_en/en97/310en97.pdf

Les écarts de financement se justifient par les différences dans les coûts des services et dans les besoins de santé entre les différentes régions de la province. Ces différences entraîneraient des modifications des résultats d'une affectation des fonds simplement en fonction du nombre d'habitants. Il est difficile de trouver des indicateurs appropriés des besoins et de la demande de services, qui sont valables, faciles à mesurer et comportent des sources de données facilement accessibles. On peut également soutenir que puisque beaucoup de programmes de santé publique ciblent des populations plutôt que des individus, il est plus difficile de quantifier les liens entre des indicateurs et le besoin de financement dans le système de santé publique que dans d'autres parties du système de soins de santé.

Nous avons commandé au *Centre for Health Economics and Policy Analysis* (CHEPA) de l'université McMaster une étude sur le lien entre les budgets de santé publique en Ontario et les indicateurs de besoin.⁸ Cette étude représente un premier pas vers l'élaboration d'une nouvelle approche de financement du système de santé publique. Elle conclut qu'il existe une forte corrélation entre les différents indicateurs de besoins et que pris ensemble, ces indicateurs expliquent environ 50 à 70 % des variations dans le financement de la santé publique sur la période de trois ans à l'étude. Cependant, cette corrélation a diminué au fil du temps. De plus, le financement des bureaux est influencé par des facteurs fixes qui ne sont pas actuellement mesurés. L'étude de CHEPA souligne quelques obstacles à l'élaboration d'une formule de financement de la santé publique.

D'autres études sont nécessaires pour déterminer quelle approche serait réalisable, compte tenu des données disponibles en Ontario. Pour que le financement du système soit plus équitable à l'avenir, nous proposons ceci :

RECOMMANDATION n° 23 : Le ministère devrait établir un processus de collaboration avec les municipalités, les conseils de santé, les professionnels en santé publique et les partenaires universitaires, en vue de continuer de perfectionner le mécanisme d'allocation budgétaire pour qu'il permette un financement plus équitable du système de santé publique au fil du temps.

Pour d'autres parties du système de soins de santé, il a fallu un certain nombre d'années pour établir des méthodes

d'affectation de fonds. Nous croyons que le CHEPA devrait continuer de travailler à l'évaluation des approches réalisables, à la lumière des données disponibles en Ontario, et du rôle possible d'une formule de financement dans le système provincial de financement. La province devrait poursuivre le travail accompli. La création au sein de la Division de la santé publique d'un service centralisé de soutien (voir section 8.6) aiderait à mettre au point une méthode d'allocation de fonds pour la santé publique. Il contribuerait ainsi à créer un système de financement plus équitable à l'échelle de la province.

5.2.3 Un processus budgétaire modifié

Bien que le transfert de la responsabilité d'assurer 75 % du financement à la province aiderait à alléger la pression budgétaire imposée aux municipalités, il ne permettra pas de résoudre les problèmes structurels fondamentaux, comme le décalage entre les périodes budgétaires (c'est-à-dire entre l'année financière de la province et celle des municipalités) et l'absence de fonds pluriannuels pour permettre la planification à long terme. Dans notre rapport provisoire, nous avons décrit les calendriers d'approbation des budgets provincial et municipaux et les problèmes que ces calendriers présentent (pour un aperçu de ces calendriers, voir la figure 2 du rapport provisoire). Comme nous l'avons signalé, beaucoup pensent que l'approche actuelle de planification et d'approbation du budget n'assurera pas un financement convenable, stable et prévisible pour permettre aux bureaux de santé de s'acquitter de leurs obligations juridiques ou rattachées aux programmes. Ce n'est pas seulement le montant total de financement de la santé publique qui pose problème, mais aussi le mode d'allocation des fonds au sein des bureaux de santé et entre ceux-ci.

Dernièrement, le MSSLD a adopté un financement pluriannuel des hôpitaux pour dissiper des inquiétudes financières similaires à celles qu'éprouve le système de santé publique, comme l'instabilité du financement et l'impossibilité de faire de la planification à long terme. Nous croyons qu'il serait bon d'appliquer un modèle de financement similaire à la santé publique.

RECOMMANDATION n° 24 : Le ministère devrait créer un processus budgétaire qui permet l'approbation de budgets annuels qui s'inscrivent dans des budgets continus triennaux, pour s'assurer que les conseils de santé et les municipalités puissent mener leurs activités dans un environnement financier prévisible.

Le nouveau processus budgétaire comporterait un modèle de reddition des comptes, qui serait créé par le ministère pour

⁸Hurley J, Rakita O. *The relationship between public health unit budgets in Ontario and indicators of need for public health*, Rapport du Sous-comité du financement des services de santé publique du Comité d'examen de la capacité d'intervention, Toronto (Ont.), Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006

permettre à chaque bureau de santé de signaler les prévisions et les impondérables en matière de dépenses budgétaires (p. ex. à la lumière d'accords salariaux possibles) dans son projet de budget à l'intention de la province. Les bureaux de santé présenteraient leurs attentes concernant les programmes à l'automne, soit avant le début de la prochaine année financière du Ministère, pour aider ce dernier à faire de la planification axée sur les résultats et à mener à bien ses processus budgétaires. Le 1^{er} juillet au plus tard, le ministre enverrait aux bureaux de santé des lettres d'approbation ou d'octroi d'une subvention.

Les budgets annuels soumis seraient accompagnés de prévisions triennales permanentes fondées sur l'évaluation des besoins actuels et locaux en matière de santé. Ainsi, le processus budgétaire serait bilatéral, les conseils de santé faisant la planification et la prévision triennales et le ministère approuvant annuellement les budgets et faisant des prévisions triennales. Étant assurés d'un financement stable sur trois ans, les bureaux de santé publique et les municipalités pourraient faire de la planification budgétaire à long terme. Si le financement est stable et prévisible et que les budgets de santé publique sont approuvés plus tôt dans leur année budgétaire, les municipalités courent moins de risque de se trouver avec des programmes non financés.

Il faudrait aussi élaborer des mécanismes de rationalisation du processus budgétaire. Parmi ces mécanismes, mentionnons une incitation donnée aux bureaux de santé de soumettre leurs demandes budgétaires à l'heure pour se voir accorder une évaluation prioritaire des améliorations futures proposées. De plus, la province devrait se fixer des objectifs de respect des échéances d'accomplissement de ses propres composantes du processus budgétaire.

5.2.4 Budgets des immobilisations

C'est une bonne pratique administrative que d'élaborer des budgets des immobilisations à long terme, qui sont essentiels pour l'infrastructure de base des bureaux de santé. Par le passé, les bureaux ne pouvaient pas faire ce type de prévision en fonction des fonds provinciaux. Nous proposons le changement suivant :

RECOMMANDATION N° 25 : Les prévisions budgétaires devraient comporter des prévisions décennales continues des coûts des immobilisations. La province devrait fixer des règles et des critères clairs d'accès au fonds d'immobilisations par la voie spéciale de financement en santé publique de l'enveloppe provinciale pour les immobilisations.

5.2.5 Réserves de fonctionnement

Les bureaux de santé sont souvent confrontés à des dépenses imprévues (p. ex. la lutte contre une épidémie d'une maladie, ou le remplacement ou la réparation d'un bien d'équipement). Chez les entreprises, les hôpitaux et les administrations municipales, des réserves de fonctionnement sont couramment utilisées pour faire face aux coûts imprévus. Toutefois, à ce jour, les bureaux de santé n'avaient pas la possibilité de créer et d'alimenter des réserves de fonctionnement avec des fonds provinciaux. Si les bureaux de santé étaient en mesure de se constituer des réserves de fonctionnement, ils seraient mieux à même de faire face aux coûts imprévus de fonctionnement et aux hausses de demandes. De plus, ils feraient moins de demandes ponctuelles de fonds provinciaux. Nous proposons donc ce qui suit :

RECOMMANDATION N° 26 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait permettre aux bureaux de santé de se constituer des réserves de fonctionnement à frais partagés d'un montant pouvant atteindre jusqu'à 3 % de leur budget annuel de fonctionnement, pour faire face à des coûts de fonctionnement imprévus et à des hausses de demandes.

La province devrait gérer sa part des fonds en fonction de critères clairs d'admissibilité de dépenses.

5.2.6 Rationalisation des demandes de financement

Actuellement, le financement des bureaux de santé provient de diverses sources provinciales, ce qui entraîne l'obligation d'établir de nombreux rapports et complique la planification de programmes. Pour rationaliser le processus et améliorer la planification et l'établissement de budgets, nous proposons ceci :

RECOMMANDATION N° 27 : Toute demande de financement provincial de programmes de santé publique devrait aller vers un guichet unique d'un seul et même ministère, afin de simplifier le processus d'établissement de rapports budgétaires et d'assurer la coordination du processus de prise de décision.

Seraient également soumis à ce guichet unique les programmes qui sont actuellement financés par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, les programmes qui pourraient être financés à l'avenir par le ministère de la Promotion de la santé et les programmes qui sont intégralement financés par le MSSLD et qui

nécessitent la préparation de rapports multiples (p. ex. lutte contre le virus du Nil occidental).

Les conseils de santé tirent une petite partie de leur financement total d'autres sources. Par exemple, certains programmes sont financés intégralement par des municipalités, par des subventions provenant de diverses sources et par certains fonds axés sur des projets. Les conseils de santé devraient continuer de recevoir des fonds d'autres sources, selon les besoins et les occasions qui se présentent.

5.2.7 Soutiens au développement local des technologies de l'information

Les technologies de l'information (TI) sont des outils essentiels pour l'exécution de programmes de santé publique et des outils importants de systèmes budgétaires et de la gestion du rendement. Les innovations dans les technologies de l'information qui sont introduites à l'échelon local devraient compléter les projets provinciaux et être financés par la province selon une formule de partage des coûts.

Actuellement, les bureaux de santé mènent des projets différents les uns des autres dont les coûts sont partagés ou non avec d'autres bureaux ou avec la province. Le ministère dispose de systèmes spécifiques d'information (p. ex. un système financier de TI) qu'il ne partage pas avec les bureaux de santé. De plus, certains besoins des bureaux de santé (p. ex. un système d'établissement de rendez-vous de patients dans une clinique et un système de dossiers informatisés) sont propres à l'échelon local, mais sont tout de même des composantes importantes du système global.

RECOMMANDATION N° 28 : La province devrait accorder la priorité au financement partagé de projets locaux de développement de systèmes de technologies de l'information qui ont de vastes applications dans l'ensemble du système de santé publique.

Des solutions locales de TI devraient être élaborées en collaboration avec la province. Des bureaux de santé pourraient mettre en œuvre des projets pilotes qui se sont révélés concluants ailleurs à l'échelon local, afin de renforcer la capacité de l'ensemble du système. Le Conseil de cybersanté pour la santé publique pourrait servir de point de contact pour les demandes ou propositions de projets en vue d'établir des collaborations pour leur réalisation. Ce nouveau processus d'approbation de financement stimulerait le lancement de nouveaux projets novateurs de TI et contribuerait à renforcer les processus de gestion du rendement au sein du cadre provincial. Ce nouveau processus

favorisera la transparence et garantira une meilleure équité d'accès aux projets de TI entre les bureaux de santé.

Se positionner pour réussir : Renforcer les bureaux de santé

Notre vision pour 2010 :

Qu'ils vivent en plein cœur de Toronto ou dans un endroit éloigné dans le Nord, tous les Ontariens ont accès à des bureaux de santé publique dotés d'un personnel hautement qualifié et ayant la capacité d'offrir les meilleurs services et programmes possibles. Des dispositifs sont en place pour assurer la prestation de services de santé en dehors des heures normales de travail, et des ententes d'entraide ont été conclues. Grâce aux changements apportés, le personnel des bureaux de santé, les conseils de santé et le public ont pleinement confiance en la qualité du système de santé publique à l'échelle de la province.

L'efficacité des bureaux de santé dépend non seulement de leur bonne gouvernance, mais aussi d'une structure et des effectifs solides. Les effectifs doivent être en nombre suffisant et posséder la combinaison appropriée de compétences. C'est ce qu'on appelle la « masse critique » qui signifie « la quantité minimum de ressources, de compétences et de capacité dont les bureaux de santé publique doivent disposer pour remplir les attentes de rendement à leur égard »²

Les bureaux de santé varient considérablement selon l'importance de la population desservie, le territoire géographique couvert, et la taille et les compétences de leurs effectifs. Même s'ils ne disposaient pas de ressources optimales, certains petits bureaux de santé ont accompli un travail excellent et novateur. Toutefois, ces petits bureaux de santé éprouvent parfois de la difficulté à recruter et à conserver du personnel qualifié. Par exemple, nos études ont révélé que tous les bureaux de santé ayant des postes de médecin-hygiéniste restés vacants pendant cinq ans ou plus au cours des dix dernières années desservaient une population de moins de 135 000 habitants.

En général, les petits bureaux n'ont pas une équipe assez grosse ni des effectifs de réserve pour fonctionner sans problème si des postes deviennent vacants ou que des urgences surviennent. Pour pouvoir faire face à des hausses de demandes, ils doivent parfois dépendre fortement de l'assistance d'autres services ou de bureaux de santé voisins, ce qui nuit à la productivité globale. Les petits bureaux de santé n'ont qu'un seul titulaire pour de nombreux postes importants, ce qui les laisse vulnérables et sans personnel de remplacement lorsque le titulaire unique d'un poste important prend des vacances, tombe malade ou abandonne son emploi et qu'il faut le remplacer. Les petits bureaux de santé ne sont pas en mesure de payer ou de justifier le besoin d'avoir le personnel spécialisé, y compris le personnel de soutien organisationnel, nécessaire pour s'occuper des

² Moloughney B. Defining "critical mass" for Ontario public health units. Toronto, Ont.: ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

programmes et des questions de santé publique de plus en plus vastes et complexes.

Le rapport Walker sur le SRAS¹⁰ recommande de restructurer ou de fusionner les petits bureaux de santé, justement en raison d'inquiétudes concernant le manque de masse critique d'effectifs et de capacité de faire face à des hausses de demande causées par des urgences sanitaires. Pour évaluer la masse critique d'effectifs, nous avons recensé les postes de santé publique qui sont essentiels pour qu'un bureau de santé puisse s'acquitter du mandat qui lui a été confié par la province et répondre aux besoins locaux et aux besoins lors de hausses de demandes de soins. Nous avons examiné des études comparatives de l'organisation, de la structure et du rôle de la santé publique dans d'autres provinces au Canada. Nous avons ainsi relevé des compétences de base que chaque bureau de santé doit posséder et constaté que le partage de certaines compétences (p. ex. d'épidémiologiste, de dentiste en santé publique et de médecin-hygiéniste) peut se traduire par une réduction inacceptable de la capacité de prestation des services dans ces domaines de compétences. Dans le présent chapitre, nous présentons les résultats de nos recherches et de nos réflexions sur cette question.

6.1 Restructuration

Pourquoi restructurer le système? Parce que la restructuration du système de santé publique, conjugué à un leadership fort, contribuera à renforcer et à améliorer la prestation de services aux échelons local et provincial. Elle aidera à améliorer la gestion, la capacité, la coordination et le fonctionnement globaux du système, en réduisant les chevauchements et en améliorant l'accès à des compétences et à des services spécialisés au sein de chaque bureau de santé. Grâce à la restructuration, les bureaux de santé seront plus aptes à répondre aux besoins essentiels et aux urgences, et le système sera plus réactif à l'échelle de la province.

Nous pensons qu'une restructuration soigneuse du système contribuera à améliorer l'ensemble de la qualité de la santé publique in Ontario. Les coûts à court terme doivent être comparés aux avantages à long terme d'une meilleure prestation de programmes et de services, d'une capacité accrue d'intervention et d'un accès plus équitable à des services de qualité.

¹⁰ Membres du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses (Ontario), Walker D. *Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action : Rapport final*. Toronto (Ontario). ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [en ligne]. Le rapport a été consulté en ligne le 12 février 2006 au http://www.health.gov.on.ca/french/public/publ/ministry_reports/walker04f/walker04_mnf.html

6.1.1 Fusion de bureaux de santé

Avant d'en arriver à recommander la restructuration du système, nous avons examiné d'abord et avant tout le niveau de masse critique des effectifs des bureaux de santé. Nous avons également pris en compte les territoires géographiques desservis et les liens clés existants. Pour faciliter la planification et la coordination des activités au sein du secteur de la santé, nous avons cherché, dans la mesure du possible, à faire correspondre les territoires géographiques des bureaux de santé aux limites territoriales du RLIS (pour un examen plus approfondi des liens avec les RLIS, voir le chapitre 8). Toutefois, nous reconnaissons qu'il est tout aussi pertinent de tenir compte les liens avec les municipalités, les conseils scolaires et d'autres organismes communautaires. La santé publique ne profiterait certes pas d'une harmonisation avec les RLIS, car cela perturberait de tels liens avec les collectivités.

RECOMMANDATION N° 29 : Pour constituer des masses critiques d'effectifs et renforcer le système de santé publique, il faudrait fusionner les bureaux de santé suivants :

- les bureaux de santé de Chatham-Kent, du comté de Lambton et de Windsor et du comté d'Essex;
- les bureaux de santé de Grey Bruce, du comté de Huron et du district de Perth;
- les bureaux de santé d'Elgin St. Thomas, de Middlesex-London et du comté d'Oxford;
- les bureaux de santé du comté de Brant et d'Haldimand-Norfolk;
- les bureaux de santé du district d'Haliburton, Kawartha et Pine Ridge, et de Peterborough;
- les bureaux de santé Porcupine et Timiskaming;
- le bureau de santé des comtés de Hastings et Prince Édouard; le bureau de santé de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington; et les composantes Leeds et Grenville du bureau de santé de Leeds, Grenville et Lanark;
- le bureau de santé du comté et du district de Renfrew et la composante Lanark du bureau de santé de Leeds, Grenville et Lanark.

Il faudrait effectuer cette restructuration le plus tôt possible. Le nombre total de bureaux de santé en Ontario passerait de 36 à 25. Les bureaux restructurés profiteront d'une plus grande capacité opérationnelle et devraient être plus en mesure de recruter et de conserver un personnel qualifié. Cette restructuration aidera aussi à réduire le problème de postes vacants (p. ex. des postes de médecin-hygiéniste, d'épidémiologiste, de dentiste en santé publique, d'infirmière de la santé publique et d'inspecteur de la santé publique) auquel beaucoup de petits bureaux de santé sont confrontés actuellement.

Cette restructuration ne vise pas à réduire les coûts et à fermer des bureaux de santé ou à réduire les effectifs, mais plutôt à augmenter la quantité et la qualité des services. La planification et la prestation locales de services devraient demeurer une priorité pour les conseils de santé restructurés.

6.1.2 Soutien aux bureaux de santé du Nord

Le plan de restructuration proposé ci-dessus ne prend pas convenablement en ligne de compte le problème de manque de masse critique d'effectifs dans certains bureaux de santé du Nord. La fusion de ces bureaux se traduirait par la création d'un territoire géographique tellement énorme que les désavantages l'emporteraient probablement sur les avantages. Par conséquent, nous croyons qu'il faudrait faire appel à des mécanismes différents pour renforcer les bureaux de santé du Nord et s'assurer qu'ils aient une masse critique d'effectifs.

RECOMMANDATION N° 30 : La province devrait collaborer avec les bureaux de santé du Nord pour examiner et, au besoin, accroître les subventions accordées aux territoires non organisés et pour mettre en œuvre toute stratégie supplémentaire qui aideraient ces bureaux à avoir une masse critique d'effectifs.

6.2 Gérer le processus de changement

Pour tirer tous les avantages possibles de la restructuration, il faut adopter les meilleures pratiques de gestion du changement. Il faut bien planifier et gérer le changement. Des investissements à court terme sont donc nécessaires pour faciliter le processus de restructuration.

RECOMMANDATION N° 31 : La province devrait financer intégralement les coûts ponctuels approuvés du fusionnement des bureaux de santé.

Ces coûts pourraient comprendre le coût de services-conseils en gestion du changement, de l'achat de TI, de négociations collectives et d'autres activités. Le plan de mise en œuvre devrait tenir compte des coûts immédiats de transition et des coûts qui pourraient intervenir plus tard dans le processus de fusion. Dans le cadre du plan de mise en œuvre, les coûts doivent être approuvés par la province.

Pour faciliter la transition des bureaux de santé vers le nouveau modèle et les nouveaux systèmes que nous proposons, il faut mettre en place les « catalyseurs » suivants :

- des changements dans le cadre législatif;
- la participation des conseils existants et des municipalités;
- une communication efficace avec les intervenants internes et externes de la collectivité;
- la création d'une équipe de transition financée par la province qui épaulerait les équipes locales de transition (p. ex. en fournissant des compétences supplémentaires dans des domaines comme les ressources humaines, la gestion du changement, les services de restructuration, les relations de travail, les indemnités, le recrutement, les TI, la communication et les finances);
- des stratégies pour encourager le personnel à participer à la planification des changements et au processus d'adaptation à ces changements, et à en donner son avis;
- des équipes de gestion assurant un leadership fort et positif.

6.3 Leadership au sein des bureaux de santé

Nous croyons que le système de santé publique doit faire l'objet d'un leadership et d'une gouvernance forts et efficaces. Dans le chapitre 5, nous avons recensé les stratégies de gouvernance nécessaires pour promouvoir ces qualités. Nous croyons aussi qu'il faut absolument un leadership fort et efficace au sein des bureaux de santé.

6.3.1 Le rôle du directeur général

Pour assurer l'efficacité du système de santé publique en Ontario, le président-directeur général (PDG) à l'échelon local doit être efficace et faire preuve d'un leadership visionnaire.

Nos études semblent suggérer que le PDG ne doit pas uniquement posséder des compétences financières et budgétaires. Il doit aussi avoir un ensemble de compétences de leadership organisationnel, de leadership de gestion et de leadership externe.

Avant 1998, la LPPS stipulait explicitement que le PDG du conseil de santé devait être un médecin-hygiéniste. L'article de la LPPS à cet effet a été modifié avant le transfert de la responsabilité financière des services de santé publique aux municipalités. Selon l'article modifié, le médecin-hygiéniste est responsable devant le conseil pour la gestion des programmes de santé publique et pour assurer la direction du personnel responsable de la prestation de programmes de santé publique. Quelques bureaux de santé se sont dotés d'une haute direction comprenant un cadre exécutif à temps plein qui collaborait avec un médecin-hygiéniste à temps plein ou partiel, selon une matrice de direction ou une formule de direction partagée.

Nous avons convenu que les médecins hygiénistes devraient pouvoir jouer le rôle de PDG de bureaux locaux de santé. Toutefois, nous n'avons pas pu trouver un consensus sur la question de savoir si un non médecin-hygiéniste pouvait être PDG. Les vastes débats que nous avons menés ont mis en évidence la complexité de la question. Il y a en fait un certain nombre d'avantages et de désavantages d'avoir un non médecin-hygiéniste qui occupe les fonctions de PDG.

Les facteurs suivants militent en faveur d'un PDG qui n'est pas un médecin-hygiéniste :

- La vaste documentation sur la gestion des ressources humaines indique que les compétences requises pour être un PDG efficace ne sont pas rattachées à une discipline spécifique;
- Les données montrent que beaucoup de nouveaux diplômés en médecine communautaire n'ambitionnent pas d'exercer les rôles de gestion et d'administration d'un PDG;
- Il existe actuellement une pénurie de médecins hygiénistes, qui risque d'être exacerbée par le recrutement de médecins de cette spécialité aux échelons fédéral et provincial, notamment à l'Agence de santé publique du Canada et à l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé;
- Certains médecins hygiénistes n'ont pas été

explicitement formés au rôle de PDG, alors que d'autres ne veulent pas exercer ce rôle.

Inversement, si un PDG n'est pas médecin-hygiéniste, les problèmes suivants pourraient se présenter :

- Il y a un risque de marginalisation du rôle de PDG, si ce dernier n'est pas médecin-hygiéniste;
- Le PDG qui n'est pas médecin-hygiéniste pourrait entraver la capacité du médecin-hygiéniste à se rapporter directement à un conseil;
- Le médecin-hygiéniste et le PDG pourraient se trouver en conflit, si leurs rôles et rapports hiérarchiques ne sont pas clairement définis;
- Les pouvoirs exécutifs du PDG qui n'est pas médecin-hygiéniste ne sont pas en accord avec les responsabilités qui lui sont attribuées en vertu de la loi.

Nous sommes conscients que différents modèles de leadership sont actuellement mis en pratique dans certaines régions de la province. Étant donné que ces modèles pourraient porter atteinte à l'indépendance du médecin-hygiéniste dans l'exercice de certaines responsabilités clés et brouiller les responsabilités administratives du PDG, nous faisons les suggestions suivantes :

- le médecin-hygiéniste doit faire rapport directement au conseil de santé;
- le médecin-hygiéniste doit faire partie de l'équipe de la haute direction;
- le médecin-hygiéniste doit être engagé à temps plein;
- le PDG ne peut pas entraver la capacité du médecin-hygiéniste de faire rapport directement au conseil de santé et au grand public;
- le PDG doit notamment posséder une vaste expérience du secteur de la santé publique.

6.3.2 Le rôle du médecin-hygiéniste

Le médecin-hygiéniste joue un rôle essentiel et double dans le système de santé publique en Ontario. En vertu de la loi, il a la responsabilité de surveiller et de protéger la santé de la population de la collectivité. Dans certaines circonstances, il peut disposer de pouvoirs juridiques étendus et contraignants. Tout

comme d'autres cadres supérieurs, les médecins hygiénistes doivent posséder non seulement des compétences en santé publique, mais aussi des compétences en communication, en défense des droits, en collaboration et en politiques publiques.

Dans la plupart des bureaux de santé de l'Ontario, le médecin-hygiéniste a également des responsabilités de direction pour la gestion globale du bureau de santé. La plupart des médecins hygiénistes sont des dirigeants forts, compétents et visionnaires qui desservent bien leurs collectivités en tant que cadres de direction. D'autres modèles ont également vu le jour, surtout dans les bureaux de santé qui ne disposent pas d'un médecin-hygiéniste à temps plein. Quel que soit le modèle, le médecin-hygiéniste n'exerce pas son rôle isolément. Il doit posséder d'excellentes compétences administratives et de gestion de programmes au sein de l'équipe de gestion du bureau de santé et tout l'éventail de compétences nécessaires pour assurer la prestation de services modernes de santé publique.

Le système de santé publique de l'Ontario a été conçu en fonction du lien hiérarchique fondamental entre le médecin-hygiéniste et le conseil de santé. L'article 67(1) de la LPPS stipule que le médecin-hygiéniste « relève directement du conseil de santé pour les questions ayant trait aux préoccupations en matière de santé publique et aux programmes et services de santé publique »¹¹

RECOMMANDATION N° 32 : Le médecin-hygiéniste devrait relever directement du conseil de santé, comme le précise la Loi sur la protection et la promotion de la santé.

Nous souscrivons à la remarque faite par le juge Campbell dans son deuxième rapport provisoire sur le SRAS, selon laquelle :

... médecins hygiénistes doivent avoir le devoir et le pouvoir de s'exprimer publiquement sur des questions locales de santé publique, y compris sur l'omission ou le refus du conseil local de respecter ses obligations en vertu de la Loi. Ils doivent pouvoir le faire sans crainte de représailles, de congédiement ou d'autres conséquences négatives pour leur emploi.¹²
[traduction libre]

¹¹ Loi sur la protection et la promotion de la santé. R.S.O. 1990, c. H.7, s. 4. [en ligne]. Consultée en ligne le 7 septembre 2005 au http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/90h07_f.htm#BK72

¹² Commission sur le SRAS. Campbell A. Deuxième rapport provisoire : Le SRAS et les lois applicables à la santé publique. Toronto (Ontario). ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005. [en ligne]. Consulté le 20 avril 2005 au : http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/campbell05/campbell05.pdf

Au cours des dernières années, le lien hiérarchique du médecin-hygiéniste a été compromis de deux façons différentes. Dans certaines régions de la province où les responsabilités du conseil de santé sont intégrées à la structure municipale, le médecin-hygiéniste fait partie de la hiérarchie municipale. Ainsi, il pourrait être empêché de faire rapport directement au conseil de santé. Nous croyons que nos recommandations sur la gouvernance règlent ce problème.

N'ayant pas de médecin-hygiéniste à temps plein, d'autres conseils de santé ont remplacé ce poste par celui d'un médecin-hygiéniste intérimaire à temps partiel, dont le titulaire ne possède peut-être pas la formation nécessaire. Nous croyons que cette pratique marginalise le rôle du médecin-hygiéniste et a entraîné des situations où des questions de santé publique n'ont pas été traitées convenablement. Nous estimons que nos recommandations sur la restructuration et la gouvernance règlent une partie de ce problème.

L'étendue et la charge de travail des médecins hygiénistes ont changé considérablement au cours des dix dernières années, avec l'ajout de nombreuses nouvelles responsabilités, notamment lors de situations de crise. L'Ontario compte moins de médecins hygiénistes par habitant que toute autre province.¹³ Nous estimons que chaque bureau de santé devrait avoir un ou plusieurs médecins hygiénistes adjoints. Nous proposons donc ceci :

RECOMMANDATION N° 33 : Chaque bureau de santé aura un médecin-hygiéniste à temps plein et un ou plusieurs médecins hygiénistes adjoints.

Nous reconnaissons qu'il faut plus de clarté dans le processus de nomination des médecins hygiénistes intérimaires. Les conseils de santé ont besoin d'un mécanisme pour remplir les postes vacants de médecin-hygiéniste, lorsqu'ils n'emploient pas de médecin-hygiéniste adjoint. Ce mécanisme devrait tenir convenablement compte de la politique du MSSLD et de prendre en compte convenablement la politique du MSSLD et la politique de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario portant sur le champ d'activités des médecins. Cette politique définit les attentes de l'Ordre à l'égard de médecins qui souhaitent réorienter le champ d'activités de leur pratique clinique vers un domaine de la médecine dans lequel ils n'ont pas reçu de formation appropriée ou ne disposent pas d'expérience récente.

¹³ Canada. National Advisory Committee on SARS and Public Health, Naylor D. Learning from SARS: renewal of public health in Canada: a report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health. [Ottawa]: Health Canada; 2003. [en ligne]. Consulté le 4 janvier 2006 au <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/>

RECOMMANDATION N° 34 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait collaborer avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario à l'interprétation et à l'application de la politique n° 13-00 « Requirements When Changing Scope of Practice » (« exigences à respecter pour changer son champ d'activités ») aux nominations de médecins hygiénistes intérimaires.

6.3.3 Fonctions de soutien

Comme le mentionne la section précédente, tous les bureaux de santé doivent être en mesure de s'acquitter convenablement de leurs responsabilités. Notre étude a montré que la disponibilité de fonctions de base varie énormément d'un bureau de santé à l'autre. Nous proposons donc ceci :

RECOMMANDATION N° 35 : Chaque bureau de santé devrait disposer :

- **d'un soutien administratif adéquat pour les fonctions de gestion du bureau de santé;**
- **d'un soutien convenable des programmes par notamment des épidémiologistes, des analystes des données, des spécialistes en communications, des coordonnateurs des bénévoles et des agents de recherche, et par l'accès à des ressources bibliothécaires et à des possibilités de perfectionnement professionnel.**

6.4 Intervention d'urgence et capacité de faire face à des hausses de demande

Les bureaux de santé publique jouent un rôle de premier plan dans les interventions aux urgences de santé publique, comme les éclosions de maladies transmissibles. Ils jouent aussi un rôle de soutien important dans beaucoup d'autres types d'urgences. Au cours des dix dernières années, on a observé périodiquement le besoin d'une intervention d'urgence musclée et d'une capacité à faire face à des hausses de demande, tant chez des établissements individuels que chez l'ensemble du système. Les bureaux de santé doivent donc préparer des plans d'urgence (p. ex. face à une grippe pandémique), fournir une formation et réaliser des exercices d'urgence tout en s'assurant d'un soutien de base, grâce notamment à des ententes de services sur appel et à des ententes d'entraide. Des progrès importants ont été accomplis en ce sens au cours des dernières années, mais il n'existe pas systématiquement des ententes à cet effet à l'échelle de la province.

Appels après les heures normales de bureau

Tous les bureaux de santé sont tenus de pouvoir répondre 24 heures sur 24 aux appels d'urgence. Tous les bureaux de santé ont conclu établi des ententes pour répondre aux appels d'urgence, qui ont évolué de diverses façons. La plupart des bureaux ont négocié des ententes de prestation, contre rémunération, de réponses aux appels d'urgence en dehors des heures normales de bureau et pendant les fins de semaine et les jours fériés par un personnel approprié de première ligne (p. ex. des infirmières et des inspecteurs d'équipes de lutte contre les maladies transmissibles et/ou d'équipes d'hygiène du milieu). Si ce personnel n'est pas disponible pour répondre à un appel d'urgence, le gestionnaire du bureau de santé a souvent la responsabilité de s'assurer de son remplacement, contre rémunération ou non. Dans quelques bureaux de santé, le gestionnaire ou même le médecin-hygiéniste, qui sont déjà surchargés de travail, sont responsables de répondre en premier aux appels d'urgence en dehors des heures normales de bureau.

En plus de ces ententes, il est également habituellement sous-entendu que le médecin-hygiéniste local est toujours disponible (sauf s'il est en vacances). S'il ne peut pas compter sur un médecin-hygiéniste adjoint avec qui partager la responsabilité de répondre aux appels d'urgence, le médecin-hygiéniste se trouve en disponibilité 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Beaucoup de résidents en médecine communautaire disent qu'ils n'ont pas vraiment envie de devenir médecins hygiénistes en raison de la responsabilité de disponibilité en dehors des heures normales de bureau. La plupart des médecins hygiénistes ne sont pas rémunérés pour cette lourde responsabilité.

RECOMMANDATION N° 36 : Hors des heures de bureau et pendant la fin de semaine, chaque bureau de santé devrait avoir un système de garde doté de personnel professionnel de première ligne et d'effectifs d'appoint appropriés.

La recommandation 8 mentionne que la rémunération des médecins hygiénistes et des médecins hygiénistes adjoints (y compris pour la disponibilité de garde) devrait faire l'objet de négociations. Ces négociations devraient porter sur l'indemnisation appropriée pour cette responsabilité, sur la fréquence de la mise en disponibilité pour répondre aux appels urgents et sur la zone de couverture conjointe des services d'appels d'urgence.

Entraide

Doter les bureaux de santé d'une masse critique d'effectifs aide beaucoup à améliorer leur capacité d'intervention aux éclosions de maladies et aux urgences sans perturber complètement leur capacité de fournir des services courants. Toutefois, les bureaux de santé ont parfois besoin d'aide externe (p. ex. pendant des cliniques de vaccination massive). Dans le cadre d'un système de santé publique élargit, les bureaux de santé devraient pouvoir s'épauler les uns les autres et demander l'aide de la province et même de l'administration fédérale. Grâce à des ententes préalables, cette aide pourrait être obtenue rapidement et sans complications.

RECOMMANDATION N° 37 : À partir d'un modèle proposé par le ministère, chaque bureau de santé devrait signer des ententes d'entraide avec des bureaux avoisinants afin de répondre aux besoins prévus en matière d'urgences.

Mettre les connaissances en pratique : La recherche et l'échange de connaissances en santé publique

Notre vision pour 2010 :

La recherche et les échanges de connaissances se sont développés partout dans le système de santé publique en Ontario. Tant à l'échelon local que régional, les résultats de nouvelles expériences cliniques sont générés, diffusés efficacement et pris en compte pour prendre des décisions. Par conséquent, les pratiques en santé publique en Ontario sont non seulement fondées sur les données probantes, mais s'améliorent continuellement.

La recherche en santé publique est à la base des pratiques fondées sur les données probantes. Les décideurs s'appuient sur les connaissances tirées de la recherche pour élaborer des programmes et des services offerts par les professionnels de la santé publique et ayant pour objet l'atteinte d'objectifs fixés en matière de santé publique. Les résultats de la recherche permettent de mettre en contexte les données de surveillance en vue de leur interprétation pour la détection de nouvelles menaces à la santé. Le corpus de preuves démontrant les pratiques efficaces en santé publique s'élargit de plus en plus.

Notre étude a permis de mettre en évidence les défis importants :

- Trop peu d'argent a été consacré à la recherche appliquée pour développer les connaissances en santé publique. Trop peu de chercheurs en santé publique et de fonds de recherche sont disponibles. Les chercheurs en milieu collégial et universitaire n'ont peut-être pas d'expérience directe de la prestation de services de santé publique et pourraient ignorer l'existence de lacunes de recherches et de défauts de preuves. Les professionnels de la santé publique effectuent rarement de la recherche appliquée.
- Le paysage ontarien de recherche et d'échange de connaissances en santé publique est très varié, car il comporte de nombreux acteurs et intervenants. On a porté peu d'attention au besoin d'améliorer la coordination et la collaboration entre les bailleurs de fonds, les chercheurs, les professionnels et les décideurs. De plus, les priorités de recherche ne tiennent pas convenablement compte des besoins du secteur en recherches axées sur les politiques et programmes d'intervention.
- En raison de son mandat actuel, du financement local et des lacunes dans certaines régions, le programme de REDSP n'est pas en mesure de fournir un soutien convenable dans tous les bureaux de santé à l'échelle de la province.

- La mise en pratique des connaissances acquises sur les interventions pose toujours problème. Nous devons nous assurer que les preuves existantes sont évaluées complètement, résumées et diffusées largement et qu'elles soient mises en application par les professionnels de la santé publique partout en Ontario.

La recherche et l'échange de connaissances

La recherche comprend la collecte, l'analyse et l'interprétation organisées de données dans le but d'étudier une question donnée sous tous ses aspects. La recherche peut être de nature descriptive, observationnelle, comparative ou expérimentale. Elle peut porter sur la collecte de nouvelles données brutes, sur l'analyse ou la synthèse de données existantes ou sur des résultats de recherches. Elle peut être axée sur des individus ou sur des collectivités. Les types de recherches qui sont particulièrement pertinents pour la santé de la population et pour la santé publique sont notamment les études descriptives sur l'état de santé, les études étiologiques et épidémiologiques, et les évaluations de l'exécution et de l'efficacité de programmes de santé publique.

L'échange de connaissances veut dire la résolution de problèmes grâce à des liens et à des échanges entre des chercheurs et des décideurs. L'échange efficace de connaissances est l'acquisition réciproque de connaissances par les décideurs et les chercheurs au cours de leurs interactions dans les processus de planification, de production, de diffusion des résultats et de la mise en application des résultats de recherches existantes ou nouvelles. ¹⁴

Le présent chapitre examine les structures et les

mécanismes proposés pour stimuler et soutenir l'acquisition de connaissances en santé publique et pour permettre la mise en pratique efficace de ces connaissances aux échelons local et provincial. Notre travail dans ce domaine est guidé par l'idée qu'il faut se fonder sur les données probantes pour améliorer les politiques, les programmes et les pratiques en santé publique en Ontario. À cette fin, il faut élaborer et soutenir un système efficace de recherche et d'échange de connaissances.

Le nouveau système de recherche et d'échange de connaissances devrait être fondé sur des structures de collaboration et sur des partenariats aux échelons provincial, régional et local. Ces structures et partenariats devraient avoir pour mission d'entreprendre un certain nombre de fonctions complémentaires et interdépendantes favorisant la production de données probantes en santé publique et leur mise en application à l'élaboration de programmes et de politiques. Ces fonctions, qui sont illustrées dans la figure 3, sont les suivantes :

- la production de données probantes;
- la collecte et l'annotation de données existantes et émergentes de la recherche;
- l'identification de lacunes dans la connaissance;
- la priorisation et la coordination de la diffusion de nouvelles données probantes;
- la diffusion de résultats de recherches existantes et nouvelles, qui sont adaptés à différents publics;
- l'évaluation et la restructuration de stratégies d'échange et de diffusion de connaissances;
- le renforcement des capacités et la formation des utilisateurs des données de recherches (p. ex. les décideurs, les intervenants en santé publique et les organismes communautaires) pour favoriser la mise en pratique des résultats de la recherche;

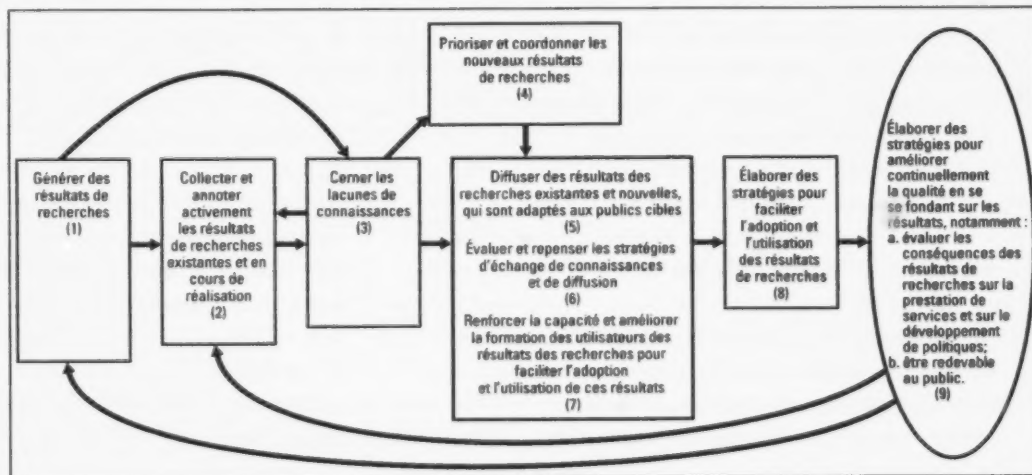


Figure 3 : Système de recherche et d'échange de connaissances

¹⁴ Kiefer L, Frank J, Di Ruggiero E, Dobbins M, Manual D, Gully PR, Mowat D. Fostering evidence-based decision-making in Canada: examining the need for a Canadian Population and Public Health Evidence Centre and Research Network. *Can J Public Health* 2005;96(3) p. 1 à 20.

- les stratégies pour favoriser la mise en pratique des conclusions de la recherche;
- les stratégies pour favoriser l'amélioration continue de la qualité en se fondant sur les preuves, comme l'évaluation des effets des résultats sur la prestation de services, l'élaboration de politiques et l'obligation de rendre des comptes au public.

Le diagramme (figure 3) a été adapté à partir de celui de Kiefer et coll. et montre les liens étroits entre ces fonctions.¹⁴

7.1 Leadership provincial

En cette période de revitalisation du système de santé publique, nous croyons qu'il est essentiel que le gouvernement de l'Ontario s'engage visiblement en faveur de la recherche appliquée et de l'échange de connaissances en santé publique afin d'établir des politiques, des programmes et des pratiques fondés sur des preuves. Cet engagement doit se traduire par des aides aux échelons provincial (administration centrale) et local. Nous appuyons sans réserve la décision de créer une Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. À notre avis, une telle agence pourrait jouer un rôle important en appuyant le développement de nouvelles connaissances en santé publique et leur mise en pratique.

7.1.1 Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé devrait être bien placée pour jouer un rôle de facilitateur et de coordinateur dans le cadre de son mandat d'harmonisation de la recherche en santé publique et de promotion de l'excellence. Elle pourrait fournir deux types de soutien : établir un programme provincial de recherche et agir comme centre de coordination du soutien du réseau à l'échelle de la province.

Programme à l'échelle de la province

Un premier pas important vers la promotion et le développement de la recherche en santé publique est l'établissement d'un calendrier des activités de recherche et d'échange de connaissances en santé publique à l'échelle de la province, qui sont pertinentes aux pratiques et politiques ontariennes en santé publique. Nous proposons donc ceci :

¹⁴ Kiefer L, Frank J, Di Ruggiero E, Dobbins M, Manuel D, Gully PR, Mowat D. Fostering evidence-based decision-making in Canada: examining the need for a Canadian Population and Public Health Evidence Centre and Research Network. *Can J Public Health* 2005;96(3) p. 1 à 20.

RECOMMANDATION N° 38 : L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé devrait jouer un rôle de premier plan dans l'aide au développement d'un programme provincial de recherche et d'échange des connaissances en santé publique, qui définit les orientations stratégiques, les priorités et un calendrier de mise en œuvre.

De plus, nous recommandons l'adoption d'un processus de collaboration pour établir le programme des activités de recherche et d'échange de connaissances en santé publique. Les participants clés à ce processus sont le gouvernement provincial (p. ex. le MSSLD, le ministère de la Promotion de la santé, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le ministère de l'Éducation, le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et le ministère de la Recherche et de l'Innovation), les intervenants (les bureaux de santé, les collèges et universités, les organismes non gouvernementaux et le secteur privé), l'administration fédérale (p. ex., l'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada) et d'autres organismes.

Un centre de coordination

Pour assurer le développement et l'échange efficaces de connaissances en santé publique, il faut créer des liens efficaces entre la recherche et la pratique. Ce ne sont pas tous les bureaux de santé qui disposent des ressources nécessaires pour s'assurer de l'accès local aux compétences spécialisées pour faire la recherche et l'échange de connaissances en santé publique. Dans certains cas, les distances géographiques rendent difficile l'établissement de tels liens. Dans le domaine de la santé, les aides ou infrastructures régionales ont facilité la création de liens entre la recherche et la pratique.

Au départ, la province finançait intégralement le programme de REDSP, qui avait pour objet d'aider le système de santé publique à s'acquitter de ses mandats globaux en matière de recherche appliquée et de formation d'étudiants en santé publique. Malheureusement, ce programme s'est révélé incapable de fournir un soutien régional, directement en raison du transfert aux municipalités de la responsabilité de financer la santé publique et du retour subséquent à la formule de partage des coûts.

Nous croyons que le programme REDSP devrait être financé entièrement par la province et s'harmoniser avec les programmes de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. Chaque site de REDSP devrait être dirigé par un comité directeur régional, pour s'assurer de bien

répondre aux besoins locaux et régionaux. Nous proposons donc ceci :

RECOMMANDATION N° 39 : Le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) devrait être entièrement financé par la province pour renforcer l'amélioration des connaissances en santé publique ainsi que leur mise en pratique.

Comme des liens solides et permanents entre les chercheurs et les utilisateurs des résultats des recherches contribuent à renforcer l'échange de connaissances, il faudrait établir des mécanismes de coordination et de soutien de tels liens à l'échelle de la province. Ces mécanismes soutiendraient et amélioreraient la capacité de recherche et d'échange de connaissances des bureaux de santé. Ils faciliteraient aussi l'établissement de liens entre les bureaux de santé et la province (c.-à-d. le MSSLD, le ministère de la Promotion de la santé et l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé) pour définir et harmoniser les priorités. Ces mécanismes devraient être créés officiellement, en s'appuyant sur l'expérience acquise dans le cadre du programme de REDSP et d'autres structures régionales de coordination, comme les Réseaux régionaux de contrôle des infections, et sur le mandat de ces structures.

D'autres provinces canadiennes ont encouragé les activités de recherche et d'échange de connaissances en soutenant activement un réseau à cet effet (p. ex. le Réseau de recherche en santé des populations du Québec et les réseaux de l'Atlantique sur recherche sur la prévention). Nous croyons que l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé devrait être le maître-d'oeuvre de la création d'un réseau similaire en Ontario, particulièrement si cette agence joue un rôle de premier plan, tel qu'il a été proposé, dans l'établissement d'un programme provincial de recherche en santé publique.

RECOMMANDATION N° 40 : L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé devrait faire office de pilier pour la constitution d'un réseau provincial de recherche et d'échange de connaissances.

7.1.2 Financement provincial de la recherche

Il est essentiel d'allouer des ressources financières concertées et consacrées au soutien de la recherche universitaire et de terrain, de l'évaluation des résultats de la recherche et de l'échange de connaissances. Il faut de nouvelles sources de financement dédié et stable de la recherche et de l'échange de connaissances en santé publique. Nous proposons donc ceci :

RECOMMANDATION N° 41 : Un financement exclusif, stable et suffisant pour la recherche en santé publique devrait être mis de côté par les bailleurs de fonds existants du gouvernement ou être constitué grâce à la création d'un fonds exclusif de recherche en santé publique.

Avec un financement concerté et dédié, on pourrait concentrer des ressources importantes sur la recherche sur le terrain et sur des recherches pertinentes pour le système de santé publique, renforcer la capacité de recherche à long terme et offrir des incitatifs à des actions conjointes entre le monde collégial et universitaire et les bureaux de santé.

Nous croyons qu'en plus des nouvelles sources de financement, on devrait utiliser les programmes provinciaux existants de financement de la recherche, comme les bourses de carrière et les bourses de transition de carrière, pour soutenir la recherche et l'échange de connaissances en santé publique. Nous proposons donc ceci :

RECOMMANDATION N° 42 : La province devrait élargir la portée et l'enveloppe du financement pour le Fonds de perfectionnement des chercheurs dans le domaine de la santé et des services de santé afin d'inclure la recherche stratégique en santé publique.

Ces fonds devraient être alloués selon des critères et des conditions précises, y compris une participation de base active. La province devrait apporter des modifications au Fonds de perfectionnement des chercheurs dans le domaine de la santé et des services de santé en 2006.

7.2 Normes du programme de recherche et d'échange de connaissances

La recherche et l'échange de connaissances sont des fonctions qui sont à la base de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'examen de normes de programmes de santé publique. Pour élaborer de nouvelles normes de programme (voir section 4.2), on devrait porter une attention spéciale aux résultats de la recherche et de l'échange de connaissances. De nouvelles normes devraient porter sur la recherche et l'échange de connaissances ainsi que sur la pratique fondée sur les preuves. Selon de nouvelles normes de recherche et d'échange de connaissances, les bureaux de santé seraient tenus :

- de définir des critères de compétences essentielles pour l'utilisation des résultats des données probantes et la participation aux activités de recherche et d'échange de connaissances;

- de développer, de favoriser et de préserver des compétences organisationnelles de recherche et d'échange de connaissances ainsi que l'application des résultats de recherche dans la pratique. Ces compétences devraient être renforcées par le développement de compétences internes, par l'établissement de projets de collaboration avec les universités et collèges, le secteur bénévole et le réseau de recherche et d'échange de connaissances de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé;
- d'intégrer les connaissances et les données tirées de l'expérience clinique, y compris de l'analyse comparative, dans le processus de planification et de prise de décisions, qui s'inscrit dans le processus d'amélioration continue de la qualité;
- d'améliorer, de favoriser et de soutenir les actions locales d'évaluation et d'enquête pour développer des connaissances et innover dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes et de services de santé publique;
- d'utiliser des stratégies complètes d'évaluation, y compris des approches qualitatives, quantitatives et mixtes.

7.3 Capacité à l'échelon local

Les aides offertes au personnel pour mettre en pratique les conclusions de recherche varient considérablement d'un bureau de santé à l'autre. Actuellement, il n'y a environ qu'un tiers des bureaux de santé qui ont directement accès à des spécialistes de gestion des connaissances. L'accès à l'information est à la base de tout système de recherche et d'échange de connaissances en santé publique. Les bureaux de santé doivent fournir une aide concertée et faire preuve d'un engagement pour changer la culture organisationnelle pour qu'elle favorise une pratique informée. Le MSSLD devrait continuer de fournir et de soutenir d'autres améliorations à la capacité, par l'intermédiaire de la stratégie d'information sur la santé publique et des TI, ainsi que de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

RECOMMANDATION N° 43 : La province et l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé devraient faire en sorte que les activités et services de gestion des connaissances, y compris l'accès à la cyberbibliothèque de la santé publique, soient également accessibles à l'échelon local.

Un certain nombre de facteurs influent sur la capacité des bureaux de santé de générer et d'utiliser les données de recherche. Certains de ces facteurs font partie de l'environnement externe et de la collectivité dans laquelle le bureau de santé mène ses activités, comme le public, les partenaires communautaires et les bailleurs de fonds de recherche. D'autres facteurs sont internes au bureau de santé, notamment la culture organisationnelle et les compétences de son personnel.

RECOMMANDATION N° 44 : Les bureaux de santé locaux devraient développer, améliorer et renforcer la capacité et les ressources d'intervention internes en matière de recherche et d'échange de connaissances en vue de soutenir la pratique et la prise de décision éclairées par des données probantes.

Pour aider les bureaux de santé à renforcer leurs capacités internes de recherche et d'échange de connaissances, les éléments suivants sont nécessaires :

- liens avec les sites du programme de REDSP;
- l'initiation des membres de conseils de santé au mandat, aux champs d'activités et aux exigences de recherche et d'échange de connaissances du bureau de santé;
- l'établissement et le renforcement de liens, grâce à des ententes officielles, avec les collèges et universités et avec d'autres organismes de recherche/de production de connaissances (y compris l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé);
- la participation à des réseaux et à des communautés de pratique précis;
- la conclusion d'accords de dotation formels et souples avec des organismes comme des collèges et universités (p. ex. par des affectations multiples ou des détachements) pour renforcer et compléter la capacité interne;
- la désignation d'un coordonnateur spécialisé en éducation dans chaque bureau de santé;
- le développement, le soutien et l'amélioration des occasions pour le personnel de suivre une formation et d'améliorer leurs capacités et leurs compétences d'échange de connaissances. Au nombre de ces occasions, mentionnons le mentorat sur la recherche,

le mentorat de formation et les stages pour étudiants, le personnel sur le terrain et les professionnels, de retour après une absence prolongée. Ces occasions devraient être une composante intégrale des plans de développement des ressources humaines des bureaux de santé.

Notre vision pour 2010 :

L'une des grandes forces du système de santé publique a toujours été sa capacité de créer et de maintenir des partenariats stratégiques. Maintenant, nos partenariats traditionnels (p. ex. avec les municipalités, les conseils scolaires, les organismes communautaires, les fournisseurs de soins de santé, et les universités et collèges) sont complétés par nos collaborations avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et avec la nouvelle Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

Les bureaux de santé collaborent efficacement avec de nombreux partenaires dans les collectivités locales. Nous avons examiné des moyens de renforcer et d'augmenter les relations stratégiques des bureaux de santé au moment où le système ontarien de soins de santé subit des transformations importantes. En particulier, nous avons examiné les occasions et les défis qui se présentaient dans les six domaines suivants : les soins de santé primaires, les RLISS, l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, les collèges et universités, les associations de santé publique et la Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

8.1 Soins de santé primaires

Les services de soins de santé primaires, qui représentent le premier point de contact d'un individu ou d'une famille avec une équipe de soins de santé, sont un élément essentiel d'une prestation efficace des services de santé. Les services de soins de santé primaires et les services de santé publique ont des missions et des objectifs de prévention des maladies et de promotion de la santé qui se chevauchent. Grâce à la collaboration de ces services, on peut améliorer les services cliniques et les interventions d'urgence. Les services de santé publique collaborent depuis longtemps avec les services de soins de santé primaires. Le projet de réforme des services de soins de santé primaires qui est en voie de mise en œuvre en Ontario et à l'échelle du pays offre de nouvelles occasions de renforcer ces liens.

L'un des plus importants projets en cours de réalisation est la constitution de 150 équipes Santé familiale à travers l'Ontario d'ici 2007-2008. Ces équipes se composent de médecins, d'infirmières, d'infirmières praticiennes et d'autres professionnels de la santé. Ils sont chargés de fournir des soins de santé à un groupe précis de la population. Comme ces équipes concentrent leurs efforts sur la gestion de maladies chroniques, sur la promotion de la santé et sur la prévention des maladies, ils préparent le terrain pour des collaborations avec les bureaux de santé et d'autres organismes communautaires. Il y a des occasions similaires de collaboration des

services de santé publique avec d'autres structures existantes, comme les groupes Santé familiale, les réseaux Santé familiale et les Centres de santé communautaires.

Les rôles de la santé publique et des soins primaires réformés sont complémentaires. En collaborant, non seulement les deux services en tireront profit, mais l'efficacité globale du système de santé montera d'un cran et les résultats sur la santé s'en trouveront d'autant améliorés. Dans le cadre de cette étude, notre examen des services de santé publique et de soins de santé primaires a mis en évidence des exemples de collaborations fructueuses.¹⁶ L'efficacité des collaborations dépend de l'existence de liens entre les services de santé publique et les services de soins de santé primaires aux échelons provincial et local. Nous proposons donc ceci :

RECOMMANDATION N° 45 : Les chefs de file de la santé publique et des soins primaires aux échelles provinciale et locale devraient collaborer pour développer des mécanismes permettant la planification conjointe, l'établissement de priorités et de partenariats et le financement et la mise en œuvre de projets innovateurs.

Les politiques, les directives et les fonds provinciaux devraient contribuer à encourager la collaboration, tout en évitant les doublons. En favorisant la souplesse du financement et des rôles du personnel de la santé, on peut encourager l'innovation. La collaboration provinciale pourrait se faire par des réunions régulières entre le médecin-hygiéniste en chef (ou son représentant désigné) et des hauts fonctionnaires du ministère responsable de la réforme des soins de santé primaires. Pour obtenir un plus large éventail de points de vue, on pourrait engager la participation d'organismes professionnels et d'autres partenaires, de façon ponctuelle ou dans le cadre d'un comité.

À l'échelon local, les bureaux de santé pourraient aider les services de soins de santé primaires à mener à bien des projets de planification de la santé de la population et d'élaboration de protocoles de prévention des infections et d'interventions d'urgence (y compris un plan de lutte contre une pandémie). Ils pourraient aussi aider l'équipe de soins de santé primaires à intégrer davantage de prévention des maladies et de promotion de la santé aux services aux clients et aux familles, de même qu'à mieux utiliser les ressources et les programmes communautaires des bureaux de santé. De plus, ils pourraient soutenir le développement

des technologies de l'information pour faciliter le partage d'importantes données cliniques et sur la santé de la population (p. ex. les maladies transmissibles et déclarables et un plan de lutte contre une pandémie). Il pourrait y avoir des occasions de collaboration dans la prestation de programmes (p. ex. des programmes d'éducation, des cliniques de mieux-être et des foires de la santé). Les rôles du personnel de la santé devraient être interprétés de façon plus souple pour qu'ils collent mieux aux besoins locaux (p. ex. le partage ou l'affectation du personnel).

Les bureaux locaux de santé devraient s'assurer d'évaluer les projets novateurs instaurés en collaboration avec ceux de prestation de soins de santé, puis d'en diffuser les résultats. L'évaluation pourrait être faite avec la collaboration de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. Il serait également bon d'élaborer des mécanismes moins formels de partage d'informations, par exemple un site Web ou une liste de diffusion, sur les activités de participation d'un bureau de santé et sur des projets novateurs.

8.2 Réseaux locaux d'intégration des services de santé

Le gouvernement de l'Ontario a créé les RLISS dans le but de faciliter l'intégration des services de soins de santé et d'augmenter la prise de décision à l'échelon local. Dès qu'ils seront en service, les RLISS seront responsables, sur leurs territoires respectifs, d'un vaste éventail de services et d'établissements, comme les hôpitaux publics et privés (y compris les hôpitaux psychiatriques provinciaux cédés), les Centres d'accès aux soins communautaires, les organismes communautaires de services de soutien, les organismes de toxicomanie et de santé mentale, les centres de santé communautaire et les foyers de soins longue durée.

Les cinq fonctions de base des RLISS sont l'intégration et la coordination des services, la planification du système de santé local, l'engagement de la participation des collectivités locales, la clarification des responsabilités et la gestion du rendement, le financement et l'allocation des ressources. Le but ultime est d'améliorer les soins de santé en Ontario en transformant l'ensemble de services cloisonnés de soins de santé en un système intégré et durable de soins de santé, axé sur les patients ainsi que sur les résultats et où les responsabilités sont clairement définies.

Les limites territoriales des RLISS ont été établies principalement en fonction des pratiques d'aiguillage vers les différents hôpitaux. Elles ne correspondent pas nécessairement aux limites territoriales des municipalités ou des bureaux de santé publique. Néanmoins, il est crucial que

¹⁶ Ciliska D, Ehrlich A, DeGuzman A. *Public health and primary care: challenges and strategies for collaboration*. Toronto, Ont.: ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

les bureaux de santé collaborent étroitement avec les RLISS. Les RLISS et les bureaux de santé publique ont beaucoup d'intérêts en commun, comme la répartition claire des responsabilités pour les services de santé, l'évaluation de la santé de la population, la gestion des données, la gestion des urgences, la lutte contre les maladies transmissibles et infectieuses, la santé sexuelle et génésique et la promotion de la santé. Il est important que les bureaux de santé et les RLISS nouent des partenariats solides et efficaces ensemble. La restructuration des bureaux de santé a été faite en tenant compte soigneusement de l'importance des limites territoriales du RLISS.

Nous faisons les recommandations suivantes pour promouvoir l'établissement de partenariats efficaces au sein des RLISS et des bureaux de santé publique et entre ceux-ci. Le but de ces recommandations est de faciliter la création de partenariats entre les bureaux de santé publique et les RLISS aux échelons provincial et local. Voici nos recommandations :

RECOMMANDATION N° 46 : Le médecin-hygiéniste en chef ou son représentant désigné devrait se réunir régulièrement avec les présidents-directeurs généraux des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour cerner les possibilités de partenariats avec les services de santé publique.

RECOMMANDATION N° 47 : Chaque médecin-hygiéniste ou son désigné devrait se réunir régulièrement avec les présidents-directeurs généraux des RLISS dont relèvent les bureaux de santé pour cerner des mécanismes de collaboration dans la planification et la prestation des services.

RECOMMANDATION N° 48 : Les services de santé publique aux échelles provinciale et locale devraient participer au nouveau partenariat de gestion des données des RLISS.

Parmi les mécanismes possibles de collaboration, il y a des réunions en tête-à-tête entre le médecin-hygiéniste et le PDG des RLISS, la participation aux réunions des PDG sur les organismes bénéficiant de paiements de transfert, la participation à des réseaux de programmes/services, et la participation à l'élaboration d'un plan initial du RLISS et à la planification subséquente de services précis. Les bureaux de santé doivent entretenir des relations soutenues avec les RLISS pour s'assurer d'une collaboration efficace dans de nombreux domaines de responsabilité partagée.

Dans le chapitre 6, nous avons proposé un mode de restructuration des bureaux de santé publique pour résoudre

de nombreux problèmes découlant de l'incompatibilité actuelle entre le territoire géographique des RLISS et celui des bureaux de santé. Toutefois, dans certaines parties de la province, plusieurs bureaux de santé se trouvent sur le territoire d'un seul et même RLISS. En pareil cas, nous suggérons que les médecins hygiénistes locaux désignent un représentant parmi eux et le charge de présenter leur point de vue. Cette personne collaborerait avec la RLISS à la planification de la santé publique et de la santé de groupes de la population.

8.3 Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

À mesure que l'Agence prend forme, il y aura de plus en plus de possibilités de nouer des liens et des partenariats ainsi que de fournir de l'aide sur le terrain. Les bureaux de santé profiteront du soutien technique et des conseils offerts par l'Agence, qui découvrira en retour les ressources précieuses qu'offre la base pour l'aider à remplir sa mission. À cette fin, nous prévoyons que le personnel des bureaux de santé contribuera :

- à définir les priorités stratégiques de l'Agence;
- à la réalisation des activités de l'Agence, grâce à des ententes novatrices de partage du personnel (p. ex. des détachements et des nominations conjointes);
- aux activités de comités techniques précis;
- à l'élaboration et à la fourniture de services précis de l'Agence (p. ex. une formation).

Dans le présent rapport, nous avons déjà décrit un certain nombre de domaines précis où les bureaux de santé et le système de santé publique pourraient collaborer avec l'Agence.

8.4 Universités et collèges

Le monde universitaire et le système de santé publique ont eu une longue et fructueuse collaboration. Cette collaboration, qui était de nature formelle et informelle et prenait aussi la forme de partenariats, était axée sur le perfectionnement des ressources humaines en santé et sur la recherche et l'échange de connaissances. Avec la revitalisation du système de santé publique en Ontario et l'établissement de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, les collèges et universités auront plus d'occasions d'intervenir et de faire partie d'un système plus solide.

Beaucoup de bureaux de santé entretiennent déjà des relations productives avec les universités, les collèges et

des établissements connexes partout en Ontario. Ces relations sont des occasions d'échange d'informations, de perfectionnement professionnel, de recherche et de collaboration. Elles sont aussi des occasions précieuses pour les étudiants et les nouveaux diplômés de prendre connaissance des possibilités professionnelles dans le secteur de la santé publique. Les bureaux de santé devraient être encouragés de nouer et de resserrer de telles relations.

Dans la section 3.4.2., nous avons examiné le rôle important des stages pour étudiants pour attirer et former la prochaine génération de professionnels de santé. Nous avons également examiné le rôle que les bureaux de santé et les conseils de santé devraient jouer dans le placement d'étudiants. Dans la présente section, nous examinons d'autres liens avec le monde universitaire et collégial.

Nous croyons que les collèges et les universités devraient fournir des occasions d'éducation et de formation qui sont pertinentes, accessibles, souples, interdisciplinaires et compatibles avec la stratégie provinciale de ressources humaines dans le domaine de la santé publique et avec les besoins locaux et le contexte local. Il devrait notamment y avoir des occasions de stages pratiques pour étudiants et des aménagements de formation, comme des programmes d'apprentissage à distance agréés et des programmes souples d'études en vue d'un certificat ou d'un diplôme. Ces possibilités devraient être offertes aux étudiants de premier, de deuxième et de troisième cycle; au personnel des bureaux de santé souhaitant mettre à niveau et améliorer leurs compétences; à d'autres professionnels (du secteur de la santé, du secteur non gouvernemental et d'autres secteurs) qui veulent travailler dans le secteur de la santé publique. De telles activités contribueraient aussi à créer des occasions de recherche conjointe et d'échange de connaissances.

RECOMMANDATION N° 49 : Les bureaux de santé devraient chercher à conclure des ententes de partenariat académique avec les universités, les collèges et autres établissements connexes pour :

- **formaliser les placements éducationnels des étudiants;**
- **appuyer la recherche appliquée en santé publique et l'évaluation des programmes;**
- **soutenir le perfectionnement du corps enseignant et l'élaboration de programmes;**
- **encourager les affectations multiples;**

- **encourager le perfectionnement professionnel continu des travailleurs de la santé publique.**

L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé devrait soutenir la création de partenariats en créant un modèle d'accord de partenariat avec des universités. Un tel accord permettrait :

- d'accroître les occasions de stages pertinents et dynamiques pour les étudiants de premier, de deuxième et de troisième cycle;
- de soutenir et de promouvoir l'intégration de l'enseignement des fonctions et des compétences de base en santé publique dans les programmes de premier, de deuxième et de troisième cycle (c. à d. s'assurer que la santé publique figure dans tous les programmes universitaires et collégiaux en santé), y compris l'enseignement des aspects techniques et administratifs et des compétences en leadership qui sont pertinents pour les besoins futurs de la santé publique;
- de prévoir des occasions pour les professionnels en santé publique d'enseigner et de superviser des stagiaires;
- d'engager la participation des collèges et universités partenaires dans la réalisation d'activités d'apprentissage continu pour répondre aux besoins à l'échelle locale;
- de distinguer les pratiques exemplaires d'éducation en santé publique et d'encourager les professeurs à mettre en œuvre ces pratiques;
- de collaborer avec les établissements d'enseignement à l'élaboration de programmes en santé et d'un système d'enseignement en ligne et en différé;
- de créer des occasions de nominations multiples entre les établissements d'enseignement et la santé publique.

Les participants à la Table ronde académique ont dit que pour assurer la pérennité des relations, il faudra probablement organiser régulièrement des rencontres entre les collèges et universités et les bureaux de santé pour trouver des occasions de collaboration. Parmi les mécanismes et les incitations possibles à la formation de partenariats entre les bureaux de santé et les collèges et universités, il y a les affectations

et les nominations multiples, les ententes de placement, des plans de carrière collégiale et universitaire souples, des bourses de recherche ciblées, des projets conjoints de recherche, le financement conjoint de programmes et la participation de professionnels de la santé publique à l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'étude. Les bureaux de santé pourraient avoir besoin de personnel qui se consacre à temps plein à l'entretien de telles relations. Ainsi, nous recommandons que chacun d'eux se dote d'un coordonnateur spécialisé en éducation. Dans la mesure du possible, des ententes d'affiliation devraient être établies entre les bureaux de santé et les collèges et universités pour renforcer et améliorer les activités de formation, de recherche et d'échange de connaissances.

8.5 Associations de santé publique

Il existe de nombreuses associations professionnelles de santé publique en Ontario qui représentent un vaste éventail d'intérêts, d'activités et de disciplines de santé publique. Deux associations professionnelles sans but lucratif (l'Association pour la santé publique de l'Ontario et l'alPha), qui en chapeautent plusieurs autres, méritent d'être mentionnées en raison de leur contribution importante à la santé publique en Ontario. Ces deux associations offrent des possibilités de formation, des prix de mérite, de la coordination de la défense de droits et d'autres activités. Nous estimons qu'elles peuvent jouer des rôles de soutien important pour la mise en œuvre de nos recommandations. Leurs champs d'action comprennent le perfectionnement professionnel, l'orientation des membres du conseil, la formulation d'avis pour l'élaboration de nouvelles normes et l'aide à l'élaboration et à la mise en œuvre de initiatives de promotion des ressources humaines en santé publique.

Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO)

L'ASPO assure un leadership sur des questions touchant la santé publique. Sa mission est de renforcer le poids des gens intervenant dans le domaine de la santé publique et de la santé communautaire partout en Ontario et de défendre des questions de santé publique au nom de ses membres. En particulier, l'association représente les intérêts collectifs de ses membres, qui sont des intervenants individuels et des regroupements de professionnels de première ligne dans diverses disciplines et des gestionnaires dans la santé publique, les centres de santé communautaires en Ontario et les responsables du programme de REDSP. Au nombre de ses activités, mentionnons l'organisation de groupes de travail; la préparation d'énoncés de position, de résolutions et de séances d'information à l'intention du gouvernement; la création de coalitions; le lancement de projets de

collaboration. Ces activités portent sur l'analyse et l'élaboration de politiques et la défense des intérêts de ses membres auprès des gouvernements provincial et fédéral. Elle offre aussi des séances de formation à l'intention des professionnels de la santé.

Association of Local Public Health Agencies (alPha)

L'alPha joue un rôle de leadership auprès des conseils de santé et des bureaux de santé en Ontario. Elle fournit des conseils et compétences sur la gouvernance et la gestion de bureaux de santé. Elle collabore aussi avec les gouvernements et d'autres organismes de santé pour promouvoir un système de santé publique solide et efficace. En particulier, l'alPha défend des politiques, des programmes et des services de santé publique au nom de bureaux de santé membres. Elle compte une section représentant les conseils de santé et une autre qui représente les médecins hygiénistes, ainsi que des organismes membres représentant les cadres supérieurs dans chaque discipline de la santé publique. Au nombre de ses activités figure l'organisation de groupes de travail et la participation à des comités consultatifs externes.

8.6 Composante provinciale du système de santé publique

Bien que nous ayons centré notre attention surtout sur la capacité des bureaux locaux de santé, nous sommes conscients du besoin d'avoir un leadership central fort pour garantir un système de santé publique robuste. Nous reconnaissons que la province a un rôle crucial à jouer pour s'assurer que l'infrastructure de santé publique est bien conçue, soutenue, pourvue en personnel et financée.

Notre analyse a porté sur les principales composantes de l'infrastructure du système de santé publique : un personnel suffisant et compétent, une capacité organisationnelle, des systèmes d'information et de connaissances. Chacune de ces composantes nécessite des ressources importantes à l'échelon provincial pour s'assurer d'optimiser la coordination, la planification à l'échelle provinciale et la fourniture de services. La composante provinciale du système de santé publique est maintenant répartie entre plusieurs ministères ayant des mandats différents. Nous reconnaissons que ces ministères devront coordonner efficacement leurs actions pour mettre en œuvre nos recommandations.

Pour s'assurer de la prestation de services de qualité uniformément élevée à l'échelle de la province, il faut centraliser les soutiens, l'éducation et la responsabilité de la santé publique dans son ensemble et dans chacune de ses

disciplines. Par conséquent, nos recommandations concernent la capacité, les ressources humaines et la responsabilité de la Division de la santé publique pour répondre aux besoins des bureaux de santé. Celle-ci a également besoin de ressources pour soutenir les bureaux de santé en voie de restructuration.

RECOMMANDATION N° 50 : La province devrait entreprendre les actions suivantes pour renforcer la capacité d'intervention en vue de soutenir le travail sur le terrain et d'assurer la qualité maximale de la planification à l'échelle provinciale ainsi que celle de la prestation des services de santé publique :

- en collaboration avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, obtenir des services de consultation spécialisés dans des domaines particuliers comme la toxicologie ou la microbiologie médicale;
- accroître les compétences et connaissances au palier provincial pour soutenir les travailleurs du domaine, terrain dans la prestation des programmes obligatoires;
- établir une unité de soutien exclusive chargée de travailler en collaboration avec les travailleurs de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et d'autres partenaires pertinents afin d'offrir une capacité d'analyse et des mécanismes visant à améliorer la portée, la qualité et la disponibilité des données utilisées pour soutenir la planification et les projections budgétaires;
- établir la capacité à l'échelle provinciale pour soutenir la reconfiguration des bureaux de santé;
- veiller à affecter des spécialistes en qualité et en rendement à la Division de la santé publique pour mener le développement du système de gestion du rendement de la santé publique et soutenir l'évaluation de la conformité et les enquêtes à ce sujet;
- nommer des leaders professionnels dans les domaines de l'inspection, de la nutrition, de la dentisterie et des soins infirmiers en santé publique.

Nous présentons le présent rapport et les recommandations qu'il contient au médecin-hygiéniste en chef et au MSSLD tout en étant pleinement conscients du fait qu'il faudra de l'engagement, des efforts et du leadership pour les mettre en œuvre. Le changement n'est jamais facile. Toutefois, il est clairement temps d'en apporter. Nous ne devons pas rater cette occasion d'agir.

Nous avons commencé ce rapport en décrivant notre vision d'un système de santé publique revitalisé pour l'Ontario, qui contribuerait à promouvoir et à protéger la santé de nos citoyens pour les prochaines décennies. Nous avons distingué des domaines clés où des changements sont nécessaires pour concrétiser cette vision, à savoir :

- revitaliser les effectifs de la santé publique;
- clarifier les responsabilités et mesurer le rendement;
- s'assurer d'une bonne gouvernance au sein d'un système provincial;
- s'assurer de la stabilité et de la prévisibilité du financement;
- renforcer la capacité critique des bureaux de santé;
- s'assurer d'une recherche pertinente à la pratique et de l'échange de connaissances dans un environnement qui évolue rapidement;
- nouer des relations stratégiques à l'intérieur et à l'extérieur du système de soins de santé.

Plusieurs recommandations sont interdépendantes et ne devraient pas être prises en compte isolément. Certaines des solutions sont évidentes et ont recueilli un large soutien lors des consultations que nous avons menées. Toutefois, certaines questions n'avaient pas de réponses faciles. Dans ces cas, nous avons évalué soigneusement les avis reçus et les preuves, avant de proposer des solutions qui, selon nous, contribueraient le mieux à améliorer la capacité des bureaux de santé d'influer favorablement sur la santé du public. Les bureaux de santé publique ne fonctionnent pas chacun de leur bord; ils doivent tous être solides pour que notre système le soit aussi.

Actions prioritaires

Nous n'avons pas inclus dans le présent rapport un plan triennal pour mettre en œuvre nos recommandations. Nous pensons qu'il est mieux de laisser au gouvernement le soin d'élaborer un tel plan de mise en œuvre.

Toutefois, il y a des actions prioritaires clairement définies qui, à notre avis, devraient être examinées et mises en œuvre sans tarder :

- Le développement d'une stratégie provinciale de ressources humaines dans le domaine de la santé publique, en commençant par l'initiative de promotion, la base de données centralisée sur la main-d'œuvre et les efforts pour augmenter les inscriptions aux programmes de santé publique, y compris le soutien pour plus de postes de formation pour les médecins et dentistes en santé publique. Il faudrait faire respecter l'obligation de nommer une infirmière cadre supérieure dans chaque bureau de santé. *Étant donné qu'il faudra du temps, dans certains cas des années, pour former de nouveaux employés, il est important de mettre en œuvre ces mesures le plus tôt possible.*
- L'adoption d'un système complet de gestion du rendement pour la santé publique, en commençant par les éléments suivants : élaboration de normes de rendement (avec les normes du conseil comme priorité absolue); engagement envers l'agrément obligatoire pour tous les bureaux de santé; désignation d'un spécialiste de la qualité et du rendement à chaque bureau de santé. *L'absence de mécanismes de responsabilisation a été signalée comme l'une des principales lacunes du système actuel. L'engagement immédiat à améliorer les mécanismes de responsabilisation à l'échelle provinciale et locale envoie un message clair.*
- L'adoption d'un modèle provincial uniforme de conseils de santé autonomes avec un accent principal sur la santé publique. Ces conseils se composeraient à parts égales de représentants municipaux et de représentants de citoyens locaux, nommés localement et seraient encadrés par des directives et des outils provinciaux. *Le renforcement de la gouvernance de la santé publique est la pierre angulaire de toute autre réforme.*
- Le renforcement des mécanismes de responsabilisation financière à l'échelle provinciale, avec des budgets approuvés par la province, des prévisions triennales renouvelables, des prévisions de dix ans des dépenses en immobilisations, un mécanisme pour avoir accès au financement des immobilisations, et plus de ponctualité dans l'approbation des budgets. *Cela répond à la demande d'amélioration des mécanismes*

provinciaux de responsabilisation tout en rationalisant le processus budgétaire des conseils locaux.

- Le regroupement de certains bureaux de santé, soutenu par un financement à 100 % pour les coûts de transition approuvés, et l'examen des subventions accordées aux territoires non organisés et autres stratégies pour améliorer la capacité critique d'intervention des bureaux de santé du Nord. *Ces mesures renforceront la capacité d'intervention critique des petits bureaux de santé.*
- L'établissement d'un système d'appel hors des heures normales dans chaque bureau de santé, soutenu par des professionnels de première ligne; et développement d'ententes d'aide mutuelle avec les bureaux de santé avoisinants. *Ces mesures sont essentielles pour assurer une bonne réponse aux urgences.*
- La mise sur pied d'un programme provincial de recherche et d'échange de connaissances pour l'Ontario; financement à 100 % du programme REDSP et son harmonisation avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. *La création imminente de la nouvelle l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé offre des chances particulières d'élaborer un réseau plus complet et coordonné de recherche et d'échange de connaissances en Ontario.*
- La collaboration avec les initiatives de soins primaires et avec les Réseaux locaux d'intégration des services de santé. *La mise en œuvre de ces nouvelles initiatives dans le cadre du programme de transformation du ministère présente une chance unique pour la collaboration en santé publique qui sera bénéfique à toutes les parties.*
- Le renforcement de la capacité d'intervention du gouvernement pour soutenir le travail de terrain et pour diriger la mise en œuvre des projets proposés.

Le présent rapport est en fin de compte une feuille de route décrivant les étapes à suivre pour faire progresser la santé publique en vue de concrétiser la vision du CECI. Cette transformation est profonde, mais essentielle. Les défis à relever pour assurer le bien être des Ontariens sont nombreux, allant de maladies et de pandémies nouvelles ou futures aux maladies chroniques, en passant par la santé des enfants et des jeunes. Pour que le système de santé publique puisse relever ces défis, puis protéger et

promouvoir la santé des Ontariens, des changements fondamentaux et importants doivent être apportés. Il n'y a pas de temps à perdre. Le temps est venu de revitaliser et de renouveler la santé publique en Ontario.

Annexe A :

Membres des sous comités du CECI

Sous-comité des mécanismes de responsabilisation

Lori G. Chow (présidente)
Tony Button
John Dwyer
Hazel Lynn
Pat Main
Doug Manuel
Kris Millan
Doug Reycraft
Elizabeth Richardson
Ken Seiling
Michele Weidinger

Sous-comité du financement

Liana Nolan (présidente)
Pam Carr
Jeremiah Hurley
Robert Jones
David McKeown
Panny Sutcliffe
Don West
Samantha Wilson-Clark

Sous-comité de gouvernance et des structures

Alex Munter (présidente)
Brian Bourns
Susan Eagle
Brent Feeney
Terry Hicks
Helena Jaczek
Penny Nelligan
Kathryn Pagonis
Ingrid Parkes
Charles Pascal
Fran Scott
Cathy Whiting

Sous-comité des ressources humaines

Diane Bewick (présidente)
Wendy Carew
Donna Ciliska
Ronald de Burger
Isabelle Michel
Andrew Papadopoulos
Dorothy Pringle
Bill Ryding
Jane Underwood
Robin Williams

Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances*

**Ce sous comité relevait aussi du groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence.*

Brian Hyndman (coprésident)
Jennifer Zelmer (coprésidente)
Charlene Beynon
Larry Chambers
Erica di Ruggiero
Matthew Hodge
Robert Kyle
Steve Manske
Vic Sahai
Harvey Skinner
Monique Stewart
Penny Sutcliffe

Comité d'examen de la capacité d'intervention

Contexte

Comme le mentionne *Opération protection de la santé* - Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) s'était engagé à étudier la capacité des bureaux locaux de santé publique en 2004-2005, en vue d'élaborer des stratégies à long terme pour améliorer la capacité de planifier et de mettre en œuvre des programmes et services de santé publique qui répondent le plus efficacement possible aux besoins actuels et futurs des Ontariens.

Le MSSLD a formé le Comité d'examen de la capacité d'intervention pour fournir conseils et soutien dans ses efforts dans ce sens.

But

Le Comité d'examen de la capacité d'intervention conseille le médecin-hygiéniste en chef et, par son intermédiaire, le MSSLD sur les différents moyens d'améliorer le fonctionnement et la structure du système de bureaux locaux de santé publique. Ces conseils devaient porter sur les questions suivantes :

- les capacités critiques nécessaires (notamment en matière d'infrastructure et de personnel) à l'échelon local pour répondre aux besoins particuliers des collectivités (en fonction de la géographie, de l'état de santé, des besoins en santé, de la composition culturelle et d'autres déterminants de la santé) et pour dispenser efficacement des services de santé publique (notamment des services comme la recherche appliquée et le transfert de connaissances);
- les questions de recrutement, de rétention, d'éducation et de perfectionnement professionnel des professionnels de soins de santé de disciplines clés (la médecine, les soins infirmiers, la nutrition, la dentisterie, l'inspection, l'épidémiologie, les communications et la promotion de la santé);
- les questions opérationnelles et systémiques et les questions de gouvernance qui nuisent à la capacité d'offrir des programmes et des services de santé publique;
- les mécanismes pour clarifier les responsabilités à l'égard des systèmes, des programmes et des finances;;
- les moyens d'assurer le respect de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et du règlement connexe, ainsi que des lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires;
- des modèles organisationnels de bureaux de santé publique, les plus compatibles possibles avec la structure et les fonctions des réseaux locaux d'intégration des services de santé, avec la réforme des soins de santé primaires et les partenaires municipaux de financement; les besoins en effectifs et les coûts possibles de fonctionnement et de transition.

Responsabilités

Le Comité d'examen de la capacité d'intervention a les responsabilités suivantes :

- consulter les bureaux locaux de santé publique et les représentants du MSSLD et d'autres ministères compétents (c. à d. en se déplaçant pour participer à des réunions de bureaux locaux de santé, à des groupes de discussion, à des entretiens importants d'informations et en lançant des invitations générales à faire des observations);
- consulter les intervenants clés de la santé publique (p. ex. l'Association of Local Public Health Agencies, l'Association des municipalités de l'Ontario, la Ville de Toronto, l'Association pour la santé publique de l'Ontario, le Conseil ontarien d'accréditation en santé communautaire et diverses associations professionnelles);
- commander les recherches externes qui sont nécessaires pour réaliser l'examen;

- examiner, prendre en ligne de compte et s'inspirer des informations pertinentes (internes et externes) sur d'autres projets importants de restructuration du système de santé, des objectifs et priorités globaux de système du MSSLD, et des projets nationaux et autres qui sont pertinents.

Membres

Le médecin-hygiéniste en chef nomme le président, le vice-président et les membres du comité.

Le comité comprend des gens possédant des compétences dans les systèmes et organismes de prestation de services de santé publique en Ontario, de même que dans la gestion du changement dans le système de santé. Les membres du comité seront représentatifs de toute l'Ontario.

Responsabilité

Par l'intermédiaire du président, le comité fait rapport au médecin-hygiéniste en chef et au sous-ministre adjoint de la Division de la santé publique. Un comité ministériel interne spécial a été créé pour assurer la liaison avec ce comité.

Personnel de soutien

Le comité est épaulé par la Direction de la planification stratégique et de la mise en œuvre de la Division de la santé publique du MSSLD.

Durée du mandat

Les membres du comité seront nommés pour une période maximale de un an. Toutefois, leur mandat peut être prolongé, en fonction des besoins du MSSLD.

Calendrier

Le comité présentera des recommandations provisoires au MSSLD en juin 2005 et rendra son rapport final en décembre 2005.*

*Ce délai a été prolongé en raison de la complexité de l'examen de la capacité d'intervention.

Le CECI a reçu des mémoires préparés par les organismes suivants :

- Association of Local Public Health Agencies
- Association of Local Public Health Agencies – Board of Health Section
- Association des municipalités de l'Ontario
- Association of Nursing Directors and Supervisors in Official Health Agencies in Ontario
- Association of Ontario Public Health Business Administrators
- Association of Public Health Epidemiologists of Ontario
- Community Medicine Residents of Ontario
- Corporation of the County of Huron
- Council of Ontario Medical Officers of Health
- Bureau de santé Elgin St. Thomas
- Promotion de la santé - Ontario
- Bureau de santé du comté de Huron (lettre signée d'une personne ayant reçu l'appui de la section locale 1305 du Syndicat canadien de la fonction publique et de la section locale 21 de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario)
- Bureau de santé de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington
- Bureau de santé de Middlesex-London
- Norfolk & Haldimand Health and Social Services Department
- Ontario Association of Public Health Dentistry
- Ontario Council of Community Health Accreditation
- Ontario Public Health Volunteer Resources Management Network
- Association pour la santé publique de l'Ontario
- Association des bibliothèques de la santé de l'Ontario
- Santé publique Ottawa
- Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique – Comité des opérations
- Municipalité régionale de Peel – Cabinet du président
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario/ Groupe d'initiative des infirmières pour la santé communautaire
- Conseil de santé de Toronto

Liste des recherches commanditées

Voici une liste des travaux commandés par le CECI. Ces travaux sont accessibles au site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée à l'adresse <http://www.health.gov.on.ca/>.

Ciliska D, Ehrlich A, DeGuzman A. *Public health and primary care : challenges and strategies for collaboration*. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Gregg, Kelly, Sullivan et Woolstencroft: The Strategic Counsel. *Public Health Survey – accountability section*. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Gregg, Kelly, Sullivan et Woolstencroft: The Strategic Counsel. *Public Health Survey – funding and overall outlook*. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Gregg, Kelly, Sullivan et Woolstencroft: The Strategic Counsel. *Public Health Survey – governance and structure section*. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Gregg, Kelly, Sullivan et Woolstencroft: The Strategic Counsel. *Public Health Survey – human resource section*. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Gregg, Kelly, Sullivan et Woolstencroft: The Strategic Counsel. *Public Health Survey –research and knowledge transfer section*. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Hodge, M. *Ontario Medical Officer of Health workforce : results of an empirical investigation*. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Hurley J, Rakita O. *The relationship between public health unit budgets in Ontario and indicators of need for santé publique : report to the Public Health Funding Sub Committee of the Capacity Review Committee*, Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2006.

Moloughney B. *Defining "critical mass" for Ontario public health units*. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Moloughney B. *Criteria for successful implementation of support services agreements*. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2006.

Starfield Consulting. *Capacity Review Committee: Phase II stakeholder consultations: human resources report*. Toronto (Ontario), préparé pour le Comité d'examen de la capacité d'intervention, ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Starfield Consulting. *Capacity Review Committee: Phase II stakeholder consultations: research and knowledge transfer report*. Toronto (Ontario), préparé pour le Comité d'examen de la capacité d'intervention, ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Starfield Consulting. *Capacity Review Committee: Phase II stakeholder consultations: accountabilities, funding and governance report*. Toronto (Ontario), préparé pour le Comité d'examen de la capacité d'intervention, ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

Starfield Consulting. *Capacity Review Committee: Phase II stakeholder consultations: data tables reference report*. Toronto, (Ontario), préparé pour le Comité d'examen de la capacité d'intervention, ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005.

